

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Paloma Corrêa Alves

**Desafios à integração do SUS:
Uma Análise da Rede de Atenção à Saúde
da Mulher em Recife**

RECIFE

2011

Paloma Corrêa Alves

**Desafios à integração no SUS:
Uma Análise da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Recife**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

RECIFE

2011

Paloma Corrêa Alves

**Desafios à integração no SUS:
Uma Análise da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Recife**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovada em: _____ de _____ de 2011

BANCA EXAMINADORA

Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Departamento de Medicina Social – UFPE

Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dedico este trabalho a todos que acreditam que é possível realizar transformações na saúde e assim estão ajudando a construir justiça social através do SUS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu guia em todos os momentos da vida;

A Luciano Ayres, meu amor, que me incentivou a participar de mais um desafio, o Mestrado Acadêmico, e sempre acreditou em mim;

A minha mãe, Adriana, que sempre me apoiou nos estudos e incentivou no trabalho em saúde;

Minha gratidão ao meu orientador Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior por sua orientação, pela paciência e apoio na condução deste trabalho;

Meu agradecimento especial a Dra. Giselle Campos Gouveia pelo apoio nesta etapa final e incentivo para superar os momentos difíceis;

Aos meus queridos amigos pelo companheirismo e torcida;

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães pela infra-estrutura e a CAPES pelo apoio financeiro;

A Prefeitura da Cidade do Recife, em especial aos profissionais da Diretoria Geral de Regulação do Sistema, Diretoria Geral de Atenção à Saúde e Distrito Sanitário VI da Secretaria de Saúde, por favorecer a construção de uma rede mais integral e resolutiva para a população;

Aos funcionários da Biblioteca do CPqAM, pela atenção dispensada e, especialmente, a Márcia pelo carinho e atenção;

Aos membros da banca pela valiosa contribuição na avaliação da dissertação;

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente, para a conclusão deste trabalho.

ALVES, P. C. **Desafios à integração no SUS: Uma Análise da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Recife**. 2011. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

No Brasil, a Rede de Atenção à Saúde da Mulher do SUS tem apresentado dificuldades que vão desde obstáculos ao acesso, desarticulação entre os serviços de saúde, pouca resolubilidade da atenção, vazios assistenciais e baixo nível de resposta às necessidades das usuárias, tendo como consequência elevada morbimortalidade materna e perinatal. Diante disso, os gestores do SUS vêm discutindo medidas para melhorar tal situação. Uma das estratégias adotadas é a reorganização da atenção à saúde da mulher baseada na conformação de uma Rede Integrada de Serviços de Saúde/RISS, visando uma maior articulação entre os serviços, compondo assim sistemas regionais mais funcionais e resolutivos. Estudos apontam que esta conformação tem potencial para redução da mortalidade materna e perinatal, pois pode possibilitar uma assistência contínua e integrada, prevenindo, diagnosticando e tratando os eventos indesejáveis durante a gestação, visando ao bem-estar da gestante e de seu recém-nascido. As RISS são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde/pontos de atenção, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, que através de sistemas logísticos, de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Dada a importância da organização e gestão dessa rede integrada de cuidados no pré-natal para a redução da morbi-mortalidade materna e perinatal, este estudo teve como objetivo analisar os mecanismos de integração assistencial presentes na organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher, tendo como enfoque o cuidado pré-natal no Distrito Sanitário VI. Tratou-se de um estudo de caso, utilizando-se a análise documental, entrevistas semi-estruturadas e formulários aplicados, na perspectiva da triangulação de fontes de dados. Os resultados obtidos apontam que estão presentes alguns mecanismos de integração entre os níveis assistenciais percebidos por gestores e profissionais, o que indica a preocupação da gestão municipal com a garantia da atenção integral. As principais estratégias identificadas foram: implementação de mecanismos de gestão de rede e do cuidado, organização de fluxos de referência, ampliação da oferta de serviços básicos e implantação de regulação de consultas e exames. Contudo, ainda persistem problemas relativos a falta de vínculo entre os serviços de cuidado pré-natal e do parto, o que dificulta o acesso, a utilização dos serviços e a garantia do atendimento na atenção especializada e hospitalar, representando assim um obstáculo à integralidade do cuidado.

Descritores: Integração de Sistemas, Assistência à Saúde, Cuidado Pré-Natal.

ALVES, P. C. **Challenges of the integration of SUS:** Analysis of the Women's Health Care Network in Recife. 2011. Dissertation (Masters in Public Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ABSTRACT

The Women's Health Care Network of SUS in Brazil has been facing difficulties such as obstacles to access, disconnected health care services, poor performance, lack of doctors and low level of adequate response for the user's needs, leading to high levels of maternal and infant mortality. Managers of SUS have been discussing solutions to resolve this mentioned situation. One of the main strategies is the restructuring process aiming at Integrated Health Care Services Network (RISS), targeting higher connections between health organizations, and to creating more functional and efficient regional systems. Studies point out that this new scenario has the potential to reduce maternal and infant mortality, due to RISS organizations could provide continuous and integrated care, preventing, diagnosing and treating unexpected events during women's pregnancy, targeting mother and newborn wellness. The RISS are arrangements of organized and more functional health care units/points of attention, where are delivered different kind of density and technological procedures, which, through logistic systems, support management, and planning to grant an integrated health care assistance. Considering the importance of the organization and management of this integrated health care network to reduce woman and newborn mortality, this study had the objective to analyze the integrated assistance mechanisms in the organization of the Women's Health Care Network, focused on the prenatal care delivered in VI Sanitary District located in Recife. It's a case study, using documental analysis, semi-structured interviews and questionnaires applied, based on distinctive source of data triangulation. The results shows some integration mechanisms between health care levels perceived by managers and professionals, indicating municipal health authority concerns to grant integrated care. The main identified strategies were: the implementation of network management associated with care mechanisms, the organization of patient pathways, coverage expansion delivering basic services, and the implantation of regulation framework for consultations and exams. However, the lack of integration persists between service providers and remain difficulties to grant access through the formal pathway to specialized care given the lack of linkage between prenatal and child-birth, which represent obstacles to integrated care.

Keywords: Systems Integration, Delivery of Health Care, Prenatal Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Redes de atenção à saúde como arranjos organizativos de serviços interligados.	26
Figura 2 – Configuração da estratégia de uma Rede Integrada de Serviços de Saúde.	34
Figura 3 – Mapa dos bairros do Distrito Sanitário VI, Recife - PE, Recife, 2010.	69
Figura 4 – Mapa das Zonas Especiais de Interesse Social do Distrito Sanitário VI, Recife - PE, Recife, 2010.	69
Figura 5 – Mapa dos bairros da microrregião 6.2 do Distrito Sanitário VI, Recife - PE, Recife, 2010.	72
Figura 6 – Proposta de fluxograma de referência e contra-referência, relativo à Atenção Pré-natal para o município de Recife, Recife, 2010.	89
Figura 7 – Distribuição espacial dos estabelecimentos da rede própria de serviços da atenção básica e especializada do DS VI, Recife, 2010.	99
Quadro 1 – Síntese dos atributos relativos à operacionalização da integralidade através de uma Rede Integrada de pontos de atenção à saúde, Recife, 2010.	43
Quadro 2 – Indicadores sócio-demográficos, segundo microrregião, DS VI, Recife - 2000 e 2008, Recife, 2010.	71
Quadro 3 – Matriz de análise dos fatores de integração da Rede de Atenção à saúde da Mulher, componente Atenção Pré-natal, Recife, 2010.	77
Quadro 4 – Distribuição dos Estabelecimentos da Rede Municipal de Saúde do Recife, Recife, 2010.	93
Quadro 5 – Distribuição dos Estabelecimentos da Rede Própria de Serviços do DS VI, Recife, 2010.	96
Quadro 6 – Distribuição dos serviços ofertados pelos estabelecimentos da Rede Própria de Serviços da Atenção Especializada e da Atenção Básica (Unidades Tradicionais) do DS VI, Recife, 2010.	97
Quadro 7 – Distribuição dos Estabelecimentos da Rede Própria de Serviços da Atenção Básica (Programa de Saúde da Família) do DS VI, segundo microrregião, Recife, 2010.	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

DAB – Departamento de Atenção Básica

DGAS – Diretoria Geral de Atenção à Saúde

DGRS – Diretoria Geral de Regulação do Sistema

DS – Distrito Sanitário

ESF – Estratégia Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização da Assistência

PE – Pernambuco

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

RPA – Região Político-Administrativa

SADT – Serviços de Apoio de Diagnose e Terapia

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

ZEIS – Zonas Especiais de Interesse Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Justificativa	15
1.2 Perguntas Conductoras	17
1.3 Pressupostos	17
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	19
3.1 As Redes Assistenciais na perspectiva da governança de sistemas e serviços de saúde: delimitando o objeto, definindo os conceitos-chave e suas aplicações práticas	19
3.2 Modelo tecno-assistencial e a composição de linhas de cuidado	45
3.3 Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde	53
3.4 A Rede de Atenção à Saúde da Mulher: o cuidado pré-natal	58
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	68
4.1 Delineamento do Estudo	68
4.2 Local do Estudo	68
4.3 Período do Estudo	73
4.4 Fonte de Dados	73
4.5 Participantes da Pesquisa	74
4.6 Plano de Análise e Interpretação dos Dados	76
4.6.1 Técnicas e procedimentos para coleta e análise dos dados	82
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	85
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	86
6.1 A Rede de Atenção à Saúde da Mulher	86
6.1.1 A Proposta municipal para a Rede de Atenção à Saúde da Mulher – O Cuidado Pré-Natal.	86
6.1.2 A Organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher – O Cuidado Pré-Natal.	93
6.2 A Organização e Gestão da Rede de Serviços: a integração entre os	118

diferentes níveis de complexidade do sistema	
6.2.1 A Organização da Rede de Serviços: análise da implantação de mecanismos de integração assistencial presentes na rede assistencial	118
7 CONCLUSÃO	138
REFERÊNCIAS	141
Apêndice A – Roteiro da Entrevista	151
Apêndice B – Formulário Unidades da Atenção Básica	152
Apêndice C – Formulário Policlínica e Maternidade	153
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Gestor	154
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissional	152
Anexo A – Carta de Aprovação do CEP	153

1 INTRODUÇÃO

A efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como possibilidade de mudança na forma como os serviços e práticas de saúde se organizam, redirecionando enfoques e pautando-se em paradigmas voltados para a saúde enquanto expressão de cidadania. No entanto, mesmo após mais de 20 anos da implantação desse sistema, a análise do setor revela uma baixa efetividade na provisão dos serviços não enfocando o controle dos problemas prioritários de saúde da maioria da população brasileira (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1998; VIANNA et al., 2003).

Nestas circunstâncias, o quadro epidemiológico complexo associado a problemas na estruturação do sistema de saúde gerou um crescimento da demanda por serviços, aumentando os déficits já existentes. Uma das causas desse cenário é a desorganização histórica do sistema de saúde montado para atender às condições agudas, valorizadora dos pontos de atenção voltados para eventos agudos, enfatizando uma cultura organizacional para as urgências e emergências, destinada a funcionar sob pressão (SCHRAMM et al., 2004).

Segundo Merhy (2004), a organização dos serviços de acordo com o modelo de atenção voltado para as doenças agudas, traz muitos problemas porque está dirigida, fundamentalmente, para atender pessoas doentes ou, quando muito, a fazer a prevenção de doenças em bases individuais, já que não objetivam uma responsabilização pela saúde da população. Segundo o autor essa organização é ineficiente porque não objetiva a gestão de riscos populacionais, fragmenta o evento da doença e a atenção por partes que não se comunicam, rompendo o princípio da continuidade, com tendência a incentivar financeiramente os estabelecimentos de maior densidade tecnológica. Tudo isso pressiona fortemente os custos dos sistemas de saúde com baixo impacto sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, sobre fatores de risco e sobre as doenças ou condições estabelecidas na população (CONILL; FAUSTO, 2007).

Nessa direção, Mendes (2007) aponta que há uma crise determinada pela incoerência entre o crescimento da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde em um contexto de pressão por otimização das relações de custo-eficiência e um sistema de organização dos serviços voltado para o privilegiamento das condições agudas, reativo e descontextualizado da realidade de saúde da população. Esse autor afirma que essa crise decorre de uma excessiva fragmentação da oferta de serviços, gerando por si mesma ou em conjunto com outros fatores, dificuldades no acesso aos serviços, prestação de serviços de baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, um aumento desnecessário dos custos de produção e descompasso entre as necessidades de atenção e os serviços. O autor enfatiza ainda, que o desafio da fragmentação dos serviços de saúde é comum na maioria das regiões, porém sua magnitude é diferente dependendo de cada situação.

Aumentando ainda mais os desafios para equacionar a presente situação, evidencia-se ainda o envelhecimento populacional, tornando premente a busca de soluções para estabelecer coerência entre o modelo de atenção e de gestão para assegurar efetividade, eficiência e qualidade sistêmica. Nesse sentido, alguns autores no Brasil orientam realizar uma mudança radical nos modos de organizar e fazer gestão do SUS. Eles defendem a articulação de um conjunto de recursos, serviços e práticas clínicas em rede capazes de contribuir para o processo de integração do sistema e para a materialização dos princípios constitucionais: Universalidade, Equidade e Integralidade (MENDES, 2008; MERHY, 2003).

O desafio de construir novos modelos de atenção à saúde que materializassem o ideário reformador de construção do SUS levou muitos municípios brasileiros a questionar a forma de organização dos serviços de saúde e seus processos de trabalho e a tentativa de desenvolver inovações que superassem problemas identificados. A perspectiva de maior resolução e articulação a partir da organização das ações e serviços tem levado à reflexão de novas estratégias de modelagem da rede de atenção à saúde (MERHY, 2003).

Alguns autores ressaltam duas estratégias fundamentais e inter-relacionadas que estão envolvidas no processo de integração: a conformação Redes Integradas

de Serviços de Saúde (RISS) e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), considerando seu papel de protagonismo no ordenamento do sistema e como núcleo organizador das redes integradas de atenção à saúde no âmbito do SUS. O desenvolvimento da estratégia das RISS é defendido, uma vez que há evidências na literatura internacional de que essa configuração pode melhorar o acesso, a eficiência, a qualidade clínica, os resultados sanitários, e a satisfação dos usuários, assim como reduzir os custos do sistema de saúde (MENDES, 1999; 2002a; MERHY; QUEIROZ, 1993; NAVARRETE et al., 2005).

Segundo os autores, nenhum serviço é capaz, por si só, de responder à totalidade dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida, o que implica reconhecer a interdependência dos atores e organizações de saúde e a necessidade de integração dos serviços por meio de redes assistenciais, além da importância em promover o caráter contínuo da atenção à saúde (CECÍLIO, 2001; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Porém, salienta-se que a reorganização da atenção à saúde requer um acúmulo de forças capazes de reestruturar a produção de serviços e de conhecimentos, reconhecendo-se que a articulação entre os níveis de atenção ainda figura como um ponto crítico a ser enfrentado, sob o risco de diminuição do acesso da população aos serviços. Sendo assim, o estabelecimento de mecanismos de integração entre os diferentes níveis de complexidade do sistema é, ao mesmo tempo, uma necessidade e um desafio na construção do SUS.

Sob essa perspectiva, considerando-se a necessidade de construção de redes de atenção à saúde como estratégia para a consolidação e qualificação do SUS nas várias regiões do país, principalmente em regiões metropolitanas, o conhecimento da forma como este sistema vem se organizando com seus múltiplos aspectos torna-se tarefa componente da agenda de pesquisas. Isso é particularmente importante, na assistência a saúde do binômio materno-fetal prestada na cidade do Recife, que se caracteriza por um histórico de problemas graves no tocante a integração da rede de serviços no processo de descentralização do SUS.

1.1 Justificativa

Tradicionalmente, na história da saúde pública, a atenção materno-infantil é uma área prioritária, destacando-se os cuidados durante a gravidez. Dessa forma, melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito (SILVA; BATISTA FILHO; SOUZA, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 98% dos óbitos maternos poderiam ser evitados se além de melhores condições sócio-econômicas as mulheres tivessem assegurado uma assistência de qualidade à sua saúde sexual e reprodutiva. A OMS considera como aceitável uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre 6 e 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos. No entanto, em 2001, ocorreram nas capitais brasileiras 74,5 mortes por causas maternas para cada 100 mil nascidos vivos, segundo dados oficiais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Em Recife, a mortalidade materna é considerada alta pela OMS, uma vez que é maior que 50 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Em relação ao biênio 2002/2003 a Razão de Mortalidade Materna foi considerada elevada (73,9 óbitos por 100.000 nascidos vivos), atingindo 61% de mulheres adolescentes e jovens com idade entre 10 e 29 anos. Neste mesmo biênio, 53% das mulheres com óbito materno, realizaram menos de quatro consultas de pré-natal, tendo como principal causa de morte a doença hipertensiva da gravidez (eclampsia - 28%) com 67% do total de todos os óbitos deste mesmo período ocorridos em hospitais com maternidades. Deste, 44% foram classificados como obstétrico direto e 61% do total dos óbitos eram evitáveis (RECIFE, 2005a).

Este cenário pode ser explicado em parte pela conformação histórica da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Recife, que se encontra fragmentada, com serviços pouco resolutivos, principalmente os da atenção básica, ainda não preparados para dar respostas pró-ativas e contínuas à população feminina. Esses

problemas estruturais são particularmente impactantes na assistência pré-natal. No entanto, na perspectiva de superar essa problemática no âmbito da gestão municipal, há um movimento de organização da rede de atenção, baseado num modelo orientado pela atenção primária à saúde, como proposta de um novo paradigma, onde o município busca a reorganização de seus serviços com a finalidade de promover a saúde da mulher e da criança de acordo com as suas necessidades (RECIFE, 2007, 2009).

A proposta municipal tem como pressupostos a mudança dos processos de trabalho dos vários níveis de atenção, a integração entre os serviços e a estruturação da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial, dada à centralidade conferida a este nível de atenção e como estratégia indutora de reorganização do sistema municipal de saúde (RECIFE, 2010).

Nesse sentido, a organização de uma Rede Integrada de Serviços de Saúde voltada para a área de saúde da mulher se apresenta como proposta do governo municipal para redução da mortalidade materna e perinatal, uma vez que por hipótese possibilitaria garantir uma assistência mais adequada, contínua e de qualidade, prevenindo, diagnosticando e tratando oportunamente os eventos indesejáveis na gestação, visando ao bem-estar da gestante e de seu recém-nascido.

Atualmente ainda são escassos os estudos que visam à análise da integração das redes de atenção no país. Os estudos na sua maioria, no tocante à assistência materno-infantil, ainda se limitam a uma abordagem descritiva dos serviços prestados e as características da assistência a saúde, tais como cobertura, número e adequação das consultas pré-natais e tipo de parto. No entanto, a compreensão do processo de integração da rede de atenção à saúde da mulher com ênfase para assistência pré-natal é de suma importância, o que justifica esse estudo, pois se pretende identificar os mecanismos de integração presentes na rede de serviços, buscando-se analisar seus atributos e características da organização e da gestão municipal que favorecem a construção de uma rede integrada de serviços de saúde que vem sendo debatido e proposto pela Secretaria Municipal de Saúde.

1.2 Perguntas Conductoras

- a) Como está organizada a Rede de Atenção à Saúde da Mulher no Distrito Sanitário VI, tendo como enfoque o cuidado pré-natal, na perspectiva de Redes Integradas de Serviços de Saúde/RISS?
- b) Que mecanismos integradores, sob a perspectiva da governança das Redes Integradas de Serviços de Saúde, estão presentes na Rede de Atenção à Saúde da Mulher do Distrito Sanitário VI na Cidade do Recife?

1.3 Pressupostos

A Rede de Atenção à Saúde da Mulher de Recife ainda encontra-se fragmentada, apresentando distorções em seu funcionamento e organização, devido à incipiente indução dos mecanismos de integração para conformação de uma rede assistencial mais integrada e funcional, por consequência, não há garantia de assistência integral à gestante, uma vez que elas se deparam com muitos obstáculos para conseguir acesso, continuidade do cuidado e resolução de suas reais necessidades.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os mecanismos integradores presentes na organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher, na ótica dos gestores e profissionais da microrregião 6.2 do Distrito Sanitário VI da Cidade do Recife, tendo como enfoque o cuidado pré-natal.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever a proposta da Secretária Municipal de Saúde para a organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher, particularmente quanto ao cuidado pré-natal, no período de 2009 e 2010, na microrregião 6.2 do Distrito Sanitário VI;
- b) Descrever a estrutura e organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher, com foco no cuidado pré-natal, no período de 2009 e 2010, na microrregião 6.2 do Distrito Sanitário VI;
- c) Analisar como estão sendo implementados os mecanismos e/ou dispositivos de integração assistencial da Rede de Atenção à Saúde da Mulher, no tocante a assistência pré-natal, na microrregião 6.2 do Distrito Sanitário VI.

3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 As Redes Assistenciais na perspectiva da governança de sistemas e serviços de saúde: delimitando o objeto, definindo os conceitos-chave e suas aplicações práticas.

A preocupação com a **articulação¹ e integração** de redes de serviços de saúde está presente nos trabalhos de vários autores ao desenhar propostas de reestruturação de sistemas de saúde. A necessidade de interligar serviços, segundo os autores, tem o objetivo de melhorar sua eficiência e diminuir os custos, permitindo a expansão dos serviços e do acesso, além de interligar as políticas intersetoriais com vistas à obtenção de ganhos na qualidade, economicidade e atingimento de seus fins (GIOVANELLA, 2006; MENDES, 2007).

A compreensão de que cada unidade, pelo seu perfil específico, não esgota em si mesma todos os recursos necessários para a atenção à saúde, pressupõe a existência de uma relação de interdependência entre os diferentes pontos de atenção. Nesse sentido, a interdependência de determinadas ações e serviços requer que sejam implementados mecanismos que favoreçam a integração na organização em rede (MENDES, 2008).

Estudos como os de Pinheiro (2001) apontam que a articulação e a integração entre os diferentes níveis de assistência e entre os serviços de saúde não devem ser vistas como uma mera proposta de organização do fluxo de usuários

¹ A articulação e integração dos diferentes componentes da rede associam-se a um modelo de atenção. O modelo é uma espécie de paradigma que define o que são necessidades assistenciais, como deve ser organizada a oferta, como se compreende o processo saúde-doença e as formas de intervenção. Alguns autores conceituam modelos assistenciais como um modo de organizar ações e serviços para intervenção no processo saúde-doença, articulando recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde em uma coletividade (PAIM, 1994).

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da noção prevaiente de saúde, das situações demográfica, epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde vigentes (MENDES, 2007). Nesse estudo, prefere-se adotar a definição de Merhy, Cecílio e Nogueira Filho (1991), onde os modelos tecno-assistenciais constituem-se da produção de serviços a partir da articulação de saberes e tecnologias que, baseados em projetos políticos, fazem a disputa pelo modo de organizar a assistência a saúde.

dentro do sistema, mas como a capacidade de coordenação do próprio sistema para resolver os problemas de saúde da população através de ações com elevado grau de interdependência e necessidade de interligação.

Tendo em vista o exposto, uma das estratégias discutidas é a organização de arranjos assistenciais denominados de **Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS)**, adotando uma concepção mais flexível dos clássicos sistemas piramidais hierarquizados, originários da visão Dawsoniana, que podem levar à identificação do hospital como espaço privilegiado de assistência e à rigidez burocrática, impondo barreiras de acesso no processo assistencial. Para alguns autores a proposta de reorganização dos serviços em redes integradas é uma tentativa de minimizar esses problemas, uma vez que rompe com a idéia de separação dos níveis hierárquicos para instituírem-se como redes interligadas de pontos de atenção à saúde, numa proposta de atenção contínua e integral (MENDES, 2002; MERHY, 1993, 2003; MONNERAT et al., 2002) estruturada a partir da atenção primária.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2010) considera a estratégia das RISS coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) como princípio essencial para enfrentar o complexo cenário contemporâneo das necessidades de saúde e acabar com a fragmentação que enfraquece a maioria dos sistemas de saúde do mundo, incluindo o Brasil.

Como apontam Pinheiro e Mattos (2006), a proposta de redes integradas de serviços de saúde é inovadora e pode contribuir para melhorar a performance do sistema de saúde, como descrito abaixo:

Essa proposta (redes integradas de serviços de saúde) inova na medida em que redefine a idéia de redes de ações e serviços de saúde, como uma cadeia de cuidado progressivo em saúde, no qual se considerem a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde, para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social do conhecimento.

Definem-se as **Redes Integradas de Serviços de Saúde** como redes de organizações que prestam um *continuum* de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem. São implementadas para facilitar a colaboração interorganizacional e a coordenação assistencial entre os prestadores de saúde,

melhorando a eficiência, equidade no acesso e continuidade do cuidado (NAVARRETE et al., 2005; SHORTELL, 1998).

Os sistemas integrados de serviços de saúde estão baseados em três pontos centrais: a oferta de serviços de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção à saúde; a integração assistencial desses pontos de atenção à saúde por meio de um sistema de gestão da clínica com foco no cuidado e a existência de uma população adstrita, cuja saúde é de responsabilidade do sistema (MENDES, 2007).

Nesse aspecto, define-se **integração assistencial** como:

Grau em que as funções e atividades foram devidamente coordenadas entre as unidades operacionais, de forma a maximizar o valor dos serviços prestados ao usuário (GILLIES et al., 1993).

Uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Os sistemas integrados de serviços de saúde estão ancorados nos conceitos básicos de **integração horizontal**, **integração vertical**, **integração real ou virtual** em alianças estratégicas e cooperação gerenciada. A integração horizontal ocorre quando duas ou mais instituições que produzem o mesmo serviço ou serviços que se substituem, juntam-se formando uma instituição única ou uma aliança interinstitucional, ou seja, quando se faz a fusão ou aliança estratégica entre duas ou mais unidades de saúde semelhantes com o objetivo de ganhar economia de escala. Como exemplo, a integração de hospitais nos Estados Unidos na década de 60 (GILLIES et al., 1993; MENDES, 2007; SHORTELL, 1998).

A **integração vertical** ocorre quando se comunicam diferentes unidades de saúde através de sistemas logísticos potentes, ou seja, se dá quando se colocam, sob uma mesma gerência, diferentes pontos de atenção de um sistema de serviços de saúde, organizando-os como um *continuum* de serviços. Neste caso, ocorre gestão única de todos os níveis de serviços, sejam da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, da atenção primária à saúde, atenção domiciliar, etc (GILLIES et al., 1993; SHORTELL, 1998).

Já a **integração real** se dá quando uma ou mais organizações se juntam formando uma única para gerir e/ou prestar serviços de saúde. Pode-se exemplificar com o caso de uma secretaria municipal de saúde que tem sob sua gerência o conjunto de pontos de atenção à saúde de um sistema integrado de serviços. A **integração virtual** ocorre quando se cria uma aliança estratégica entre mais de uma organização para gerir e/ou prestar serviços, promovendo sinergia. Não ocorre perda de identidade das organizações e a ação é cooperativa na busca de objetivos comuns (MENDES, 2008).

Nessa lógica, a integração do sistema corresponde à existência dos processos de **coordenação assistencial e continuidade da atenção**, que são inter-relacionados e interdependentes e se expressam em vários níveis e escalas, exigindo **mecanismos de governança** para prestação de serviços de excelência que vão desde o nível sistêmico até atuação profissional e podem ser aferidos pela experiência do paciente ao ser cuidado. A coordenação assistencial pode ser definida como a conexão/articulação de todos os serviços de atenção à saúde relativos à determinada intervenção/cuidado, ao longo do trajeto assistencial de forma que independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e interdependentes, voltados ao alcance de um objetivo comum, sem conflitos, para que seja prestado no momento certo, local adequado e oportuno (NAVARRETE et al., 2005).

A coordenação assistencial está relacionada com a continuidade de cuidados, a qual aparece como um dos aspectos importantes para a governança de sistemas e serviços de saúde voltados à qualidade da atenção, incluindo a percepção dos usuários. As ações destinadas a garantir a continuidade da atenção influenciam na percepção, já que determinam a maneira em que os serviços estão integrados e coordenados. Um bom desempenho de um sistema em relação à continuidade da atenção depende da credibilidade da Atenção Primária em Saúde, como uma das portas de entrada do sistema de saúde e, no desenvolvimento de vínculos entre a população e serviços de saúde (CONILL; FAUSTO, 2007).

Nesse sentido, a governança de sistemas e serviços de saúde consiste num campo de estudo, desenvolvimento e aplicação a processos, visando uma mudança

no funcionamento dos serviços de saúde dentro da lógica de rede integrada, desde a Atenção Primária à Saúde aos prestadores de maior densidade tecnológica num contexto reformador. Desse modo, vários mecanismos e instrumentos de coordenação, articulação e integração podem ser colocados em prática levando-se em consideração que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com as suas expectativas pessoais. Logo, a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados (NÚÑEZ et al., 2006).

Para Nuñez et al. (2006), a continuidade do cuidado é definida como o grau de coerência e integração das experiências da atenção à saúde recebida pelo paciente ao longo do tempo. Implica em que se estabeleçam mecanismos de articulação apropriados entre os diferentes níveis de atenção e entre serviços do mesmo nível que possibilitem não somente a transferência dos pacientes à assistência necessária, como também o intercâmbio de informações e o apoio técnico-administrativo para o funcionamento adequado dos níveis assistenciais (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1990; STARFIELD, 2002).

Com isso, a continuidade da atenção ocorre através disponibilidade da informação acerca dos problemas prévios (o que pressupõe na existência de prontuário de acompanhamento longitudinal do usuário e no retorno à unidade encaminhadora para apoio no diagnóstico e decisão do melhor percurso terapêutico) e da atenção recebida no serviço de modo a assegurar uma sequência de visitas garantindo-se a continuidade do contato (NAVARRETE et al., 2005; STARFIELD, 2002).

Em relação à sua composição, as redes de atenção no setor público, são compostas de **indivíduos e organizações**, onde seus membros representam entidades legais separadas e diferentes. Constituem-se de gerentes relativamente autônomos, que não respondem apenas a outros membros da rede, mas também às suas próprias entidades organizacionais. Como consequência, no plano operacional, ocorre à necessidade aumentar a capacidade de gestão de redes das autoridades sanitárias sustentada por uma visão compartilhada, por sistemas decisórios

horizontais, baseados na formação de consensos e pactos (MANDELL, 1994) em estruturas de decisão que permitam o uso legítimo de instrumentos de governança, como por exemplo, a contratualização e diversos mecanismos de regulação.

Em relação à sua configuração, as redes de atenção podem se instituir de forma temporal ou permanente. A **rede temporal** ou de acordo com Mandell (1994) denominada também de rede de projeto, se configura mediante programas ou projetos de propósitos específicos que exigem a vinculação de diferentes atores em diferentes organizações. Já as **redes permanentes** se estabelecem entre uma série de organizações/indivíduos que continuam sobre uma base relativamente permanente/contínua. Estas redes podem concentrar-se sobre diferentes projetos em distintos períodos, porém, existem independentemente da execução ativa ou não de projetos. A rede permanente, ou de segundo tipo, também é chamada de rede funcional.

Em relação à sua estruturação, as redes de atenção podem se organizar em **árvore ou em malha**, como descrito abaixo:

[...] as Redes podem se configurar **em árvore**, também conhecidas como redes hierárquicas (ou piramidais), caracterizam-se pela limitação das conexões entre seus diversos ramos. Predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para o seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Nos casos em que são escassos os níveis intermediários, as redes são truncadas, configurando maior centralização nos pontos de hierarquia máxima. Já as redes **organizadas em malha**, em que cada nó se liga a vários outros, permitem percorrer caminhos variados entre os pontos, de modo que os diversos ramos da rede estão interconectados (OLIVEIRA et al., 2004).

Segundo os atores, a proposta de organização das **redes em malha** possibilitaria a definição das portas de entrada no sistema; o estabelecimento do acesso por ordem cronológica, por critérios de risco e vulnerabilidade social, de forma ordenada, oferecendo atendimento às necessidades do usuário; com racionalização da oferta de serviços e a incorporação tecnológica; definição das linhas de cuidado²; integração dos sistemas de informação para subsidiar a gestão,

² A construção de linha do cuidado parte do princípio da produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos dinâmicos, às quais está associada à imagem de uma “linha de produção” voltada ao fluxo de assistência ao usuário e focada em seu campo de necessidades. Essa linha inicia-se na entrada do usuário, seja em serviços de urgência, atenção básica ou especializada e, partir daí, abre-se

o monitoramento e a avaliação dos serviços, organização dos referenciamentos e contra-referenciamentos, de acordo com a inteligência epidemiológica; e outros elementos que melhorem a resolubilidade e qualidade dos serviços (FRANCO, 2006; FRANCO; MAGALHÃES, 2003).

Entretanto, segundo Mendes (2007) no que se refere à atenção básica de uma rede em malha, é necessário que a existência desses serviços no território seja em quantidade suficiente, acesso fácil e de qualidade para o atendimento das necessidades assistenciais, prevenção de agravos e promoção da saúde. Os demais pontos da rede, correspondentes aos serviços de maior densidade tecnológica podem estar igualmente disponíveis em condição ótima de oferta/necessidade/acesso, fazendo ligações verticais ou horizontais na malha da rede.

Outro aspecto importante é a estruturação dos serviços de saúde por meio de níveis de atenção caracterizados por diferentes densidades tecnológicas, a qual obedece em sua distribuição no espaço, uma organização em níveis primário, secundário e terciário, direcionada à **economia de escala e de escopo**. Para o autor, a atenção primária pode ser projetada de forma desconcentrada e descentralizada, pois não se beneficiam da economia de escala, seus recursos são suficientes e a distância é fator fundamental para a acessibilidade; ao contrário, os serviços da atenção secundária e terciária podem ser organizados de forma centrada e centralizada, pois se beneficiam de economias de escala e escopo, seus recursos são mais escassos e a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2007).

Como citado acima, a organização das redes de serviços de saúde pode configurar-se em arranjos que combinam elementos de dispersão com elementos de concentração. Uma análise a partir de princípios organizativos das redes de atenção, segundo uma economia de escala, indica que quanto maior a disponibilidade de recursos maior o acesso aos mesmos, e atenta-se que na saúde

para se ter qualidade é necessário quantidade de prestação de serviços (MENDES, 2008),

A figura 1 ilustra as redes de atenção à saúde como arranjos organizativos de unidades que diferem entre si pela sua capacidade tecnológica, sendo integradas por sistemas logísticos, de apoio e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado. Mendes (2008) coloca que estas unidades, distribuídas nos territórios definidos, buscam desempenhar suas atividades com efetividade e qualidade das ações e acentua ainda que o desenho das redes de atenção à saúde deva ser elaborado observando-se os princípios de uma economia de escala.

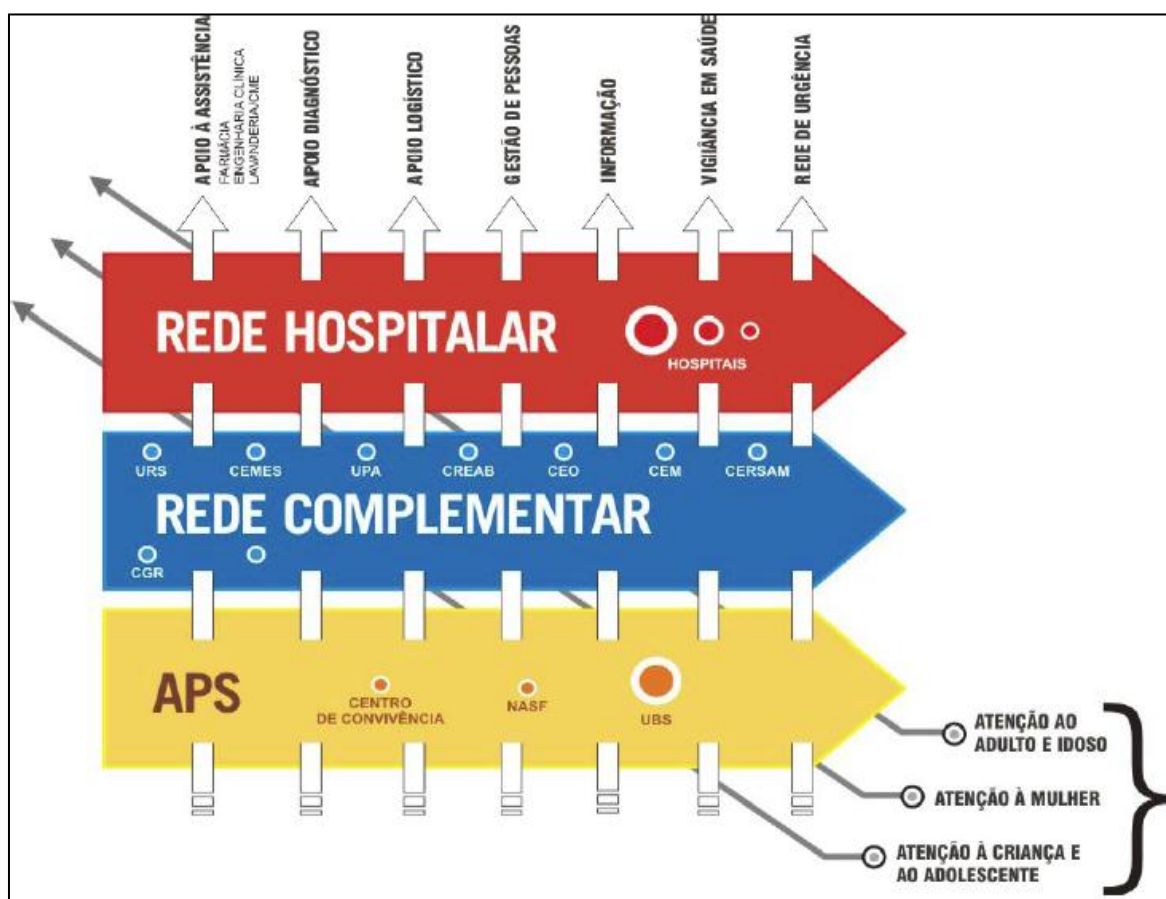


Figura 1 – Redes de atenção à saúde como arranjos organizativos de serviços interligados.

Fonte: Mendes, 2008.

Segundo Núñez, Lorenzo, Naverrete (2006), a Rede Integrada de Serviços de Saúde é uma forma de organização e integração das redes de atenção para as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de atenção, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e

interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organização, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária. Representam, assim, a malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento do usuário e para promoção da saúde.

Tendo em vista o exposto, em uma rede integrada, o espaço dos fluxos de referência e contra-referência está constituído pelos **centros de comunicação**, que desempenham o papel de coordenador assistencial para integração de todos os elementos integrantes da rede, e pelos chamados **nós da rede**, que são lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes para construção de uma série de atividades em torno da função-chave da rede (MENDES, 2002).

Nessa proposta, a **Atenção Primária à Saúde** (APS) ocupa lugar estratégico na dinâmica de funcionamento da rede, pois representa o centro de comunicação da rede, à medida que exerce a coordenação assistencial e pode contribuir na construção da atenção contínua e abrangente junto à população. Assim, a APS é o único ponto do sistema integrado de atenção à saúde capaz de coordenar o cuidado dos usuários com efetividade e eficiência, se cumpridos alguns pressupostos e se conquistar confiança do usuário.

Starfield (2002) define o conceito de APS de forma abrangente como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde realizada através de um somatório de funções a serem cumpridas dentro do sistema de saúde, que combinadas, explicitam a peculiaridade desse nível de atenção. Mais do que identificar a APS como local de prestação de cuidados ou tipo de profissional prestador, tal arranjo permite comparar com base em elementos funcionais os vários arranjos organizativos de APS.

Essa autora utiliza as seguintes funções para descrição da APS: atenção ao primeiro contato/acessibilidade (a prestação de serviços de primeiro contato), a

longitudinalidade (a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente, ou seja, a continuidade da relação médico-paciente, ao longo da vida independente da ausência ou presença de doença), a integralidade (a garantia de cuidado integral a partir da consideração dos âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde), a coordenação de cuidados (coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos freqüentes e mais complexas), a orientação familiar e comunitária (os serviços de atenção primária requerem estar orientados para a comunidade conhecendo suas necessidades de saúde, centrar-se na família para bem avaliar como responder às necessidades e ter competência cultural para reconhecer as diferentes necessidades dos grupos populacionais).

Em relação à **função de atenção ao primeiro contato/acessibilidade**, a autora descreve como:

- a) A atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns, e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população que são em geral denominados de serviços de atenção primária. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura a APS, este é conhecido como uma das portas instituídas de entrada do sistema. A idéia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção. A lógica de uma “porta” faz sentido, uma vez que o usuário não conhece suficientemente os detalhes técnicos da atenção médica para avaliar de maneira informada a fonte e a época apropriadas para atenção a muitos de seus problemas. Então, é esperado a orientação de um médico da APS para facilitar a seleção da melhor fonte de atenção, dessa forma é necessário um ponto de entrada facilmente acessível para garantir que a atenção adequada possa ser obtida;

- b) A atenção ao primeiro contato faz com que surjam desafios na prática profissional caros à APS: a influência do contexto social nas manifestações das doenças, a variedade de formas de apresentação das mesmas, a inserção do cuidado em momentos precoces do surgimento dos quadros mórbidos, entre outros. Entretanto, são esses mesmos desafios que permitem que a APS seja considerada como porta de entrada do sistema de saúde, superando em benefícios os outros níveis de atenção quando assim utilizados, uma vez que vários estudos demonstram que a utilização da APS como porta de entrada do sistema resulta na maior adequação do cuidado além de melhorar a relação custo-benefício. É através do reconhecimento tácito da multicausalidade e dos determinantes sócio-culturais do processo saúde-doença que o nível primário de atenção consegue adequar o cuidado às características das pessoas e comunidades;
- c) A acessibilidade é o elemento estrutural mais necessário para o uso da atenção ao primeiro contato. De maneira geral, o indivíduo irá ou não utilizar o serviço de saúde dependendo do grau de acessibilidade do mesmo.

Em relação à **função longitudinalidade**, a autora define que é a capacidade de lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos. O alcance da APS implica a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de mútua e humanizada relação entre equipe de saúde e os usuários e suas famílias. Ter atenção longitudinal significa identificação de uma fonte de atenção e que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para o indivíduo e não para a doença, sendo esta relação existente por um período de tempo definido ou indefinido, até que explicitamente seja alterada.

Em relação à **função integralidade**, a autora descreve que o conceito de integralidade exige que a APS reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-la. É o recurso identificado como necessário e que nem sempre é disponível ou capaz de ser prestado por esse nível de atenção, porém é o reconhecimento das necessidades e a relação entre indivíduo/coletividade/equipe, para alcançá-lo, que melhor descreve o conceito de integralidade.

Cecílio e Merhy (2003) em seu estudo sobre a integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, afirmam que não há integralidade sem uma rede organizada que atenda a real necessidade de cada pessoa. Que a atenção à saúde transversaliza todo o sistema, dando a característica de linha de cuidado, portanto a integralidade do cuidado é tarefa de rede.

Há uma importante convergência dos autores sobre a necessidade de um direcionamento da organização da rede de serviços para ser baseada na integralidade da atenção, tendo em vista que este princípio pode nortear a prática profissional, a organização da saúde, o processo de trabalho e as respostas governamentais para desenvolvimento de um esforço intra e intersetorial (CARVALHO, 1993; MATTOS, 2001; 2004).

Hartz e Contandriopoulos (2004) discorrem que a integralidade da atenção pode ser alcançada, a partir do desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação próprios, no âmbito do sistema de saúde, buscando a integração de serviços e eliminando barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, configurando, desta forma, um “sistema sem muros”. A capacidade de instituir esse tipo de sistema saúde é um dos objetos de estudo da governança de sistemas de saúde.

No setor saúde, a integralidade é compreendida como resultado da ação intra e intersetorial com a finalidade de garantia do acesso e atendimento das necessidades do usuário. Estas ações envolvem as equipes de saúde que operam nas unidades e a rede de serviços, a partir de fluxos assistenciais bem definidos,

sendo a integralidade resultante da articulação entre os serviços, com responsabilidades bem definidas em cada nível e com objetivo comum (GIOVANELLA, 2002; GIOVANELLA et al., 2002; MATTOS, 2001).

No que diz respeito ao conceito de integralidade, de acordo com Giovanella et al. (2002) o termo apresenta vários sentidos:

- a) Integralidade como crítica à atuação dos profissionais de saúde: uma vez que apresentam uma atitude médica reducionista, fragmentada, em um sistema que privilegia a especialização e segmentação, com formação médica de base flexneriana. Este sentido, tomado a partir do referencial da Medicina Integral, se fundamenta na recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto a queixa do paciente;

- b) Integralidade como integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária se traduz: *como uma dimensão do cuidado* → buscando compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta para além da atenção individual curativa, incorporando de ações de promoção e prevenção na atenção à saúde e articulação com ações curativas e reabilitadoras (integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Preventiva); *como uma dimensão da organização dos serviços* → criticando a separação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais, de modo a otimizar o seu impacto epidemiológico, articulando assim atenção a demanda espontânea coma oferta programada de atenção à saúde, busca contínua para ampliar as possibilidade de apreensão e satisfação das necessidades de um grupo populacional (integralidade tomada como oferta programa de atenção à saúde); e criticando a separação entre ações de saúde coletiva e atenção individual, critica também os programas verticais (integralidade tomada como horizontalização dos programas).

- c) Integralidade como garantia de continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos sistemas de saúde, busca o acesso aos procedimentos de maior complexidade, às técnicas de diagnóstico e tratamento necessárias a cada caso, quando necessário, articulando os serviços desde a atenção básica aos meios de diagnóstico e de atenção especializada, ampliando o acesso ao sistema de saúde e a resolutividade da atenção, assegurado por mecanismos de coordenação que facilitam a integração entre os serviços (integralidade tomada como acesso a diversos níveis de atenção). O atendimento dessa dimensão da integralidade traz como benefício para o usuário, além da garantia do acesso aos procedimentos de maior custo e densidade tecnológica, a sensação de amparo institucional para as necessidades de saúde em um momento em que pode prevalecer a fragilidade física e psicológica, além de restrições financeiras.
- d) Integralidade como construção de políticas, especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem um determinado grupo populacional, articulação intra e intersetorial, de ampliação dos âmbitos e articulação de diversos espaços para a busca de soluções, busca de qualidade de vida (integralidade tomada como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas à totalidade de projetos de mudanças que incidam sobre as condições de vida da população mediante ação intersetorial, ampliando assim o horizonte de intervenção sobre problemas).

A partir da apresentação desses conceitos sobre integralidade pode-se sintetizar que: a garantia do princípio da integralidade corresponde aos atributos relacionados ao sistema de atenção e ao processo de atenção individual (GIOVANELLA et al., 2002). A autora detalha esses atributos, como:

Atributos do sistema de atenção que permitam a garantia de forma articulada das ações correspondentes aos três campos – promoção, prevenção e recuperação – e nos diversos níveis de complexidade, conforme as necessidades de indivíduos e coletividades. E atributos do processo individual de atenção que garantam uma abordagem holística do indivíduo em suas dimensões biopsicossociais (GIOVANELLA et al., 2002).

Entende-se que para superar os desafios impostos à integralidade ampliada é essencial haver uma coordenação de rede, com intuito de estimular uma melhor integração entre os diversos serviços de saúde, garantindo a efetivação de uma linha de cuidado mais adequada a cada indivíduo. Para tanto, é imprescindível que haja uma pactuação contínua entre a autoridade sanitária, os gestores e profissionais dos diversos sistemas, subsistemas e serviços de saúde no sentido de possibilitar a criação e manutenção de uma rede cuidadora (MATTOS, 2001).

Dessa forma, a integralidade pressupõe a prestação, pela equipe de saúde da APS, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que determinam a saúde (FERREIRA, MONKEN, 2009).

Em relação à **função coordenação da atenção**, Starfield (2002) descreve como “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”. Tal descrição ilustra bem o papel do profissional de atenção primária em relação aos indivíduos por ele atendidos. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o conhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. É a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Diz respeito também ao exercício da referência e da contra-referência entre os serviços de saúde, com foco na pessoa e “advogando” para a mesma dentro do sistema de saúde.

A **orientação familiar** torna indispensável considerar a família como o sujeito da atenção à saúde o que exige uma integração dos profissionais com esta unidade afetiva e social e a abordagem integral dos seus problemas de saúde. A **orientação comunitária** pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem as famílias, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias e de seus membros, na perspectiva da saúde coletiva (STARFIELD, 2002).

Como descrito anteriormente, o centro de comunicação de uma rede integrada encontra-se localizado na APS, onde não existe uma relação hierarquizada entre os nós da rede, nem entre eles e o centro de comunicação. A diferenciação, entre o centro de comunicação e os nós da rede, se dá apenas por suas funções de produção específicas e por suas densidades tecnológicas respectivas. Além do centro de comunicação, os nós da rede são compostos: pelos pontos de atenção secundários e terciários, onde se ofertam determinados serviços especializados gerados a partir de uma função de produção singular; e pelos sistemas de apoio, como pontos de atenção à saúde nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação (MENDES, 2002, 2008).

Os **sistemas logísticos** realizam as ligações que comunicam os diferentes nós e os sistemas de governança³, atuando com o objetivo de coordenar as relações na estrutura da rede (MENDES, 2002, 2008). A figura 2 ilustra a configuração descrita acima para o desenvolvimento de uma rede integrada de serviços.

³ A governança das redes de atenção à saúde é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais para aumentar a interdependência entre eles e obter resultados sanitários e econômicos à população adscrita. A governança objetiva: criar uma missão nas organizações; definir objetivos e metas, que devem ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização (MENDES, 2008).

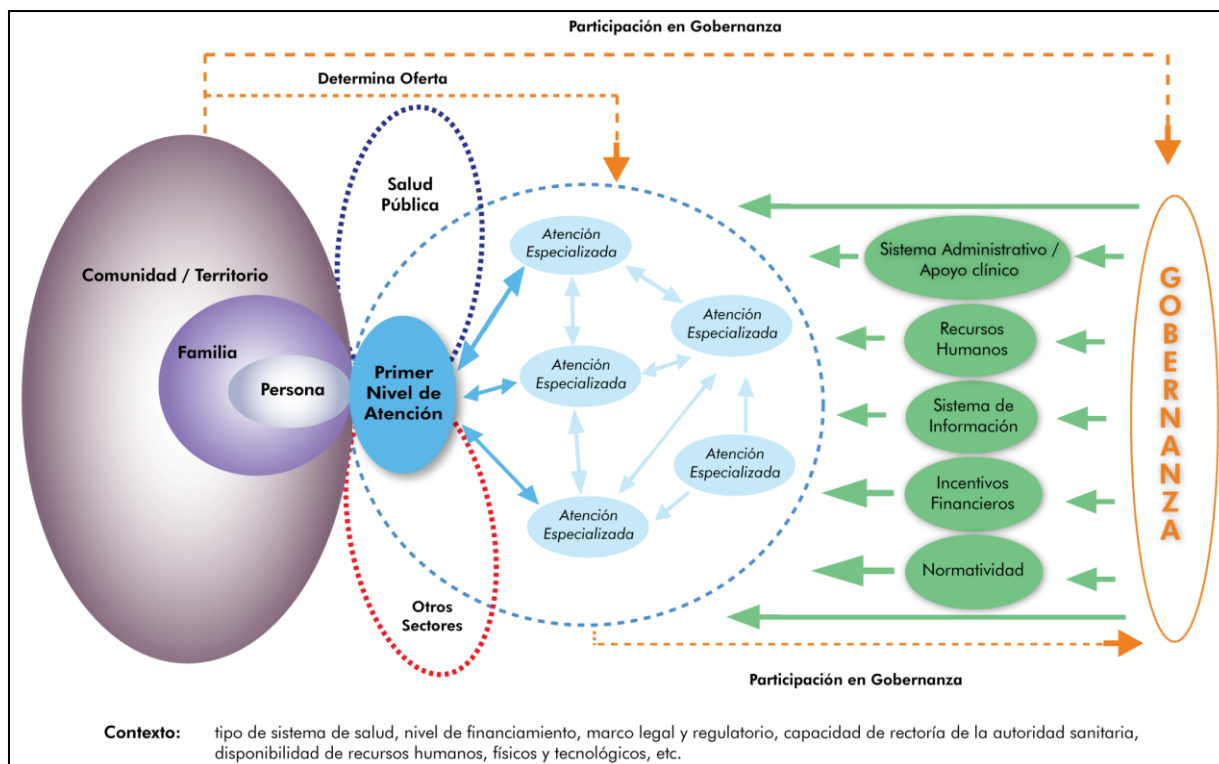


Figura 2 – Configuração da estratégia de uma Rede Integrada de Serviços de Saúde.

Fonte: Organização Panamericana de Saúde, 2002.

Mendes (2002) destaca que para cumprir o papel de centro de comunicação, a atenção primária deve desempenhar as funções de: resolução, ordenação e responsabilização. A **função de resolução**, intrínseca à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, consiste em solucionar a grande maioria (em torno de 85% a 90%) dos problemas de saúde. O autor não propõe limitar o acesso a patamares tecnológicos básicos, mas de calibrar a utilização de todas as tecnologias disponíveis com base na real necessidade e com a prudência necessária a um bom resultado, sem inflacionar os custos do sistema.

A **função de ordenação**, relacionada ao desempenho do papel de centro de comunicação, consiste em coordenar os fluxos e contra-fluxos das pessoas e de produtos pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede, podendo utilizar-se de mecanismos como centrais de regulação de procedimentos especializados e de interações para viabilizar e impulsionar a articulação da rede de serviços, se contrapondo, assim, à concepção de unidades isoladas e auto-suficientes. A importância dessa função está nas dificuldades na coordenação da atenção à saúde existentes atualmente e vinculadas pela cultura institucionalizada, originária de um

sistema de saúde fragmentado, em que cabe isoladamente ao usuário o papel de identificar o serviço mais indicado à sua necessidade e de disputar o acesso ao mesmo, muitas vezes tendo de lançar mão de artifícios como enganar o endereço e se cadastrar em várias unidades de atenção básica (MENDES, 2008).

Já **função de responsabilização** consiste em corresponsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos, cabendo aos profissionais da equipe da atenção primária o estabelecimento do vínculo longitudinal com o paciente e a participação na coordenação do cuidado. O vínculo é a base fundamental do trabalho, sendo necessário conhecer e construir uma relação estreita, com laços fortes de confiabilidade, que permita o conhecimento das necessidades e dos problemas de saúde da população (MENDES, 2008).

Esta função de responsabilização é realizada a partir de uma população adscrita, em que a responsabilidade pela saúde é identificada ao sistema, a ser viabilizada de forma humanizada e onde a pessoa não é reduzida somente à condição de paciente, mas sim tomada como agente de sua saúde. Esta função é realizada mediante abordagens interdisciplinares, com resgate da integralidade da atenção, centrada na saúde, na comunidade, no fortalecimento das redes solidárias, na co-participação social (MENDES, 1999, 2002).

A construção social das redes integradas de serviços de saúde implica no restabelecimento da coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção baseado em **modelos de atenção** à saúde que desenvolvem um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos, provendo intervenções de promoção da saúde, de prevenção das doenças ou danos, de contenção do risco evolutivo, de cuidado, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado (TEIXEIRA, 2003, 2006).

Neste sentido, a configuração de rede integrada de serviços possui potencial para dar resposta aos problemas de saúde da população quando se respalda no modelo de vigilância à saúde, concepção teórica entendida como produção social

que prioriza a promoção da autonomia e a democratização das ações em saúde e, transcende o enfoque biológico (PAIM, 2003). O modelo de Vigilância em Saúde é uma prática interdisciplinar baseada em três pontos: território; vínculo entre serviço, profissional e comunidade; e intersetorialidade.

Nesse aspecto, na visão desses autores, a prática da vigilância à saúde, a qual enfatiza a promoção da saúde e a prevenção das doenças, pode superar a atenção exclusivamente curativa/reabilitadora. O modo de planejar o processo de trabalho desse modelo muda o método, cujo foco não está mais só no atendimento das demandas dos doentes e sim no que considera o conjunto da população adscrita, identificando, pessoas ou grupos em situação de risco e desenvolvendo ações para atender as diferentes necessidades individuais e coletivas (CARVALHO; CUNHA, 2006; CUNHA; GIOVANELLA, 2009; PAIM, 2003).

Em resumo, Mendes (2007) descreve as características que entende da rede de atenção à saúde: poliárquica, contínua, coordenada pela atenção primária, de forma integral, pró-ativa, orientada para atenção às condições agudas e crônicas. Identifica também, como fundamentos básicos para construção de rede, o que denomina:

- a) Em primeiro lugar, formas de integração, como aspecto horizontal, onde se pode juntar unidades iguais de saúde e outro vertical, no qual seria possível integrar os diferentes, através de logísticas potentes;
- b) Em segundo lugar, acentua a necessidade de uma dinâmica da organização onde o acesso é o norte para as ações;
- c) Em terceiro lugar, como aspecto que marca e faz referência aos territórios sanitários⁴, distinto dos territórios político-administrativos, considerando-se municípios cuja organização estaria relacionada à

⁴ O território sanitário compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com necessidades próprias, e os recursos de saúde existentes para atendê-la. A área geográfica é definida para cada realidade e pode ser constituída por: vários bairros de um município ou vários municípios de uma região. No processo de definição do território sanitário devem ser consideradas para a sua composição as relações de fluxos existentes entre os municípios ou bairros, as referências natural ou culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde. O território sanitário é pensado enquanto processo, onde estão explícitas as relações que se estabelecem entre atores num espaço geofísico determinado, espaço este de pactuação e conflito em torno de interesses e necessidades (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

Atenção Primária, microrregião com proposta organizativa como Atenção Secundária e macrorregião estabelecida como Atenção Terciária.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, ou seja, é uma organização horizontal de serviços de saúde com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população (MENDES, 2007).

Segundo Mendes (2008), especificamente na atenção primária, podem-se verificar alguns aspectos que caracterizam ou favorecem a integração assistencial, como descrito abaixo:

- a) População adscrita, com necessidades em saúde reconhecidas;
- b) Responsabilização clínica, utilização de ferramentas de microgestão da clínica (gestão da clínica e do cuidado) apoiada por intervenções para gestão da rede;
- c) Cuidado individualizado, cuidado centrado na pessoa;
- d) Acesso de primeiro contato facilitado, expansão da porta de entrada – Atenção primária à saúde;
- e) Longitudinalidade: fixação dos profissionais de saúde na ESF, Prontuários Familiares, preferencialmente eletrônicos, Sistema de Informação (indicadores de utilização de serviços e de saúde);
- f) Estratégias de comunicação efetivas com pacientes: telefone, internet, etc;
- g) Estratégias de comunicação efetivas com outros pontos da rede: telefone, e-mails, sistemas informatizados;
- h) Relação personalizada com outros pontos da rede;
- i) Avaliação contínua da qualidade das contra-referências;
- j) Introdução de novas tecnologias em APS que ampliem a resolutividade, mas sob sistema de avaliação de tecnologias em saúde;
- k) Introdução de pactuação para gestão por resultados;

Já na rede atenção à saúde na experiência brasileira, por exemplo, pode-se verificar alguns aspectos relativos à integração assistencial, como descrito abaixo:

- l) Ampla cobertura da rede municipal de APS, preferencialmente substitutiva em relação às UBS Tradicionais;
- m) Acesso de Primeiro Contato: Substituição gradativa de parcela da rede hospitalar e especializada por rede da atenção primária;
- n) Implantação de linhas de cuidado para problemas frequentes e de transcendência importantes;
- o) Apoio matricial capaz de aumentar resolutividade da atenção primária;
- p) Disponibilidade de rede de pontos de atenção primária, especializada, hospitalar e de apoio diagnóstico, regionalizada capaz de assegurar elenco pré-definido de ações/serviços;
- q) Sistema de Informação (indicadores de utilização de serviços e de saúde);
- r) Central de Regulação de consultas exames e Internações;
- s) Comunicação efetiva e personalizada entre os diversos pontos da rede;
- t) Sistemas logísticos: transporte, dispensação de medicamentos, etc.

Dessa forma, o desenho da rede de serviços, segundo alguns autores, deveria ser flexível, especialmente em regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde, e deveria, ainda, considerar questões relacionadas a aspectos socioculturais. De fato, deste ponto de vista, para que os serviços possam ser acessíveis a todos, o planejamento do setor saúde precisa conhecer a sua distribuição e a de seus usuários nas várias escalas, da local à nacional. No entanto, para o autor, não há uma forma padronizada de construção das redes de atenção à saúde, uma vez que esta é necessariamente singularizada, tendo como desafio a organização de redes diversificadas, pois diversos são os sujeitos e suas relações no território (MENDES, 2007, 2008).

Entretanto, a conformação de sistemas municipais, nessa lógica, só tem viabilidade em municípios de maior porte, que dispõe de um conjunto de equipamentos de saúde concernentes aos três níveis de atenção, o que não é

predominante no caso Brasileiro. Nesse sentido, no Brasil a **regionalização**⁵ da saúde prevê atualmente a organização das redes de saúde reunindo vários municípios em processo de cooperação (SANTOS, 1986).

Campos (2007) argumenta que a integração dos serviços deveria ser também estabelecida para além dos limites do território municipal, tornando-se um desafio, dadas as dificuldades de grande parte dos municípios brasileiros em proverem os investimentos necessários para prestar serviços especializados ou de atenção hospitalar. Dessa forma, tem-se na regionalização⁶ do sistema de saúde uma importante estratégia para garantir a integralidade da atenção, uma vez que remete necessariamente ao de **integração** de serviços por meio de redes assistenciais.

Trabalhar com a idéia de regionalização cooperativa implica em uma opção por redes integradas de serviços de saúde. A integração dos serviços em rede, sejam elas organizadas por especialidade, por nível de atenção, por ciclo de vida ou por outros critérios, tem a finalidade de melhorar a racionalidade dos serviços, evitando duplicidade de serviços e a desnecessária solicitação de exames e procedimentos já realizados (MENDES, 2008).

Essa perspectiva parte da constatação de que nenhuma organização ou instituição de saúde dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Desse modo, para alcançar a integralidade da atenção pressupõe

⁵ A Regionalização significa um passo importante para constituição de sistemas integrados de serviços de saúde, cujas características básicas podem ser agrupadas em torno de três pontos centrais: a atenção à saúde por meio de um conjunto de serviços capazes de garantir a continuidade do cuidado desde a atenção primária até a terciária; a integração desses serviços por meio de sistema de gestão do fluxo dos usuários; e a existência de uma população adscrita cuja saúde é de responsabilidade inequívoca do sistema (MENDES, 2008; SANTOS, 1986).

A Regionalização está relacionada ao processo de construção de uma suficiência para o sistema de saúde em termos de capacidade resolutive no âmbito de uma determinada área, que pode ser constituída por um conjunto de municípios, onde determinada densidade populacional, estrutura de produção sanitária, e características epidemiológicas associadas configuraram o escopo territorial.

⁶ A Regionalização consiste no processo de estabelecimento de territórios sanitários, enquanto um conjunto de municípios adjacentes, nos quais se pretende organizar redes de atenção à saúde alicerçadas em complementaridades e trocas, acordadas de forma participativa entre gestores municipais e estaduais. O processo de regionalização é parte integrante do processo de descentralização do SUS, visando garantir a universalidade de acesso e a integralidade da atenção à saúde, tendo em vista as heterogeneidades municipais e regionais no que se refere à capacidade instalada de serviços de atenção médico-sanitária e também de gestão dos sistemas e das redes.

desenvolver mecanismos de **cooperação** e **coordenação** próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos em âmbitos local e regional (FERREIRA, 2009).

De acordo com Núñez, Lorenzo e Naverrete (2006), a consolidação das redes integradas de serviços de saúde é um desafio complexo, porque envolve um conjunto amplo de atores e serviços, com responsabilidades singulares, mas relacionadas a um objetivo sistêmico. Se as responsabilidades de alguns não forem efetivadas, isso comprometerá a harmonia do todo, portanto uma boa governança das redes de atenção à saúde, diz respeito tanto à coordenação da interdependência dos participantes, visando à sua sincronia, quanto à articulação de diferentes programas, projetos e ações, que precisam ser implementados em diferentes locais e situações, e envolvem serviços distintos, de modo que se somem e potencializem.

Nesse sentido, a coordenação assistencial das redes integradas de serviços de saúde é composta por processos gerenciais promovidos mediante negociações e acordos que permitem compartilhar percepções sobre o modelo de saúde e os objetivos a serem atingidos, cooperando para consecução do todo; legitimar os pontos da rede, pactuar as funções a serem desempenhadas por cada ponto, com suas respectivas atribuições e competências para que cada um exerça a singularidade inerente ao papel que lhe cabe; estabelecer os fluxos a serem percorridos entre eles e contra-fluxos, o monitoramento e avaliação das ações e serviços e a efetividade de todo o sistema (STARFIELD, 2002). No sentido dado por essa concepção, a gestão nos sistemas integrados de serviços de saúde é uma gestão de rede, baseada em uma visão compartilhada por sistemas decisórios horizontais e na formação de consensos e em um sistema de programação pactuada e integrada (MENDES, 2007).

Em virtude da interdependência entre atores, os participantes da rede compartilham percepções e objetivos como: motivação para participar e concordância com as diretrizes operacionais pactuadas por todos, para o aperfeiçoamento das redes de integradas de atenção à saúde; conhecimento do papel singular destinada à sua instituição e concordância com esse papel; disposição para compartilhar informações e submeter-se aos processos de

monitoramento e avaliação; adesão aos instrumentos e ferramentas gerenciais, de contratualização, de suporte logístico, etc (MATOS; POMPEU, 2003; NÚÑEZ; LORENZO; NAVERRETE, 2006).

A consolidação das redes integradas de serviços de saúde pode ser uma oportunidade também para aperfeiçoar a contratualização dos pontos da rede, em virtude: definição mais precisa do papel da unidade na rede; da missão da unidade e de cada setor ou serviço, estabelecendo compromissos, dando direcionalidade às ações; possibilidade de pactuação de metas que promovam a adequação progressiva; possibilidade de negociação visando superar estrangulamentos internos que comprometem a qualidade, tais como insuficiente oferta assistencial em algumas especialidades; superação de algumas distorções na tabela de remuneração, visando à ampliação da oferta para redução de lacunas assistenciais; redução dos paralelismos e da competitividade entre as unidades; e indução a mudanças organizacionais internas, visando a maior agilidade gerencial e a integração das unidades da rede SUS (MATOS; POMPEU, 2003).

Nesse sentido, segundo Navarrete et al. (2005) ao organizar o acesso às ações e aos serviços de saúde na rede integrada de serviços de saúde, seria necessário buscar formas de compatibilizar as necessidades sanitárias da população com os orçamentos públicos, a partir de uma noção que não imponha restrições injustificadas ou fira direitos, mas, de atribuir regras claras e transparentes que imprimam racionalidade à oferta desses serviços. Ao adotar medidas racionalizadoras⁷, que propiciem redução dos custos sem que ocorram impactos negativos nos níveis de saúde, teoricamente aumenta-se a eficiência dos serviços, sem que haja prejuízos na eficácia e na efetividade.

Além do mais, para integração de todas as unidades e serviços assistenciais, de apoio e suporte em uma rede única, articulada e harmônica, é preciso que a atenção básica tenha os investimentos necessários para coordenar o cuidado clínico

⁷ A racionalidade corresponde à plena utilização, das atitudes intelectuais e afetivas de todos os que participam da administração do Estado, da devida coordenação das tarefas, da comunicação e dos intercâmbios de informação, de policompetências. A racionalização, por sua vez, obedece aos princípios de: especialização estrita, hierarquia rígida, centralização extrema.

ao usuário com a maior resolutividade possível, para desenvolver a vigilância em saúde em bases territoriais definidas e gerenciar a atenção em rede, ordenando o cuidado para os outros níveis a partir da atenção básica. É necessária também a inserção mais adequada dos serviços não-básicos na rede única, de forma que todos os pontos estejam em seus devidos lugares (CARVALHO, 1993).

Para tanto, a rede integrada de serviços de saúde deveria ser orientada pela atenção primária à saúde, por ser estratégica e poder explorar as oportunidades e fortalezas presentes no contexto, conformando assim as diferentes realidades, para atender os critérios indispensáveis de factibilidade e viabilidade necessárias ao processo. No entanto, como já descrito, deveriam ser oferecidas condições de governança, para que a gestão tenha êxito em promover a integração e a harmonia (STARFIELD, 2002).

Em síntese, cumpre aos sistemas de saúde assegurar a promoção e o adequado desempenho das funções essenciais da Saúde Pública e a integralidade da atenção. Para isso, seria necessário superar o modelo de atenção individual, curativo e centrado na doença, mediante um enfoque preventivo e de promoção de saúde, no fomento de ambientes saudáveis, na orientação para práticas de atenção familiar e comunitária ao longo de todo o ciclo vital, na implantação de redes integradas assistenciais, numa coordenação sócio-sanitária que assegure a continuidade da atenção e no efetivo exercício da atenção primária como estratégia de primeiro contato entre as pessoas e o sistema de saúde.

- População adscrita dividida por subpopulações de risco e sob responsabilidade da rede;
- Forma de organização da rede - Poliárquica, com coordenação realizada pela atenção primária;
- Existência de mecanismos de coordenação assistencial com comunicação entre os componentes feita por sistemas logísticos eficazes e construção de fluxos internos de complexidade de serviços, com fluidez de comunicação entre os diversos atores – definição de linhas de cuidado. Organização territorial através de territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção;
- Foco nas condições agudas e crônicas por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde objetivando a melhoria da saúde da população com resultados clínicos e econômicos medidos;
- Definição das portas de entradas/qualificação. Primeiro nível (APS) como porta de entrada preferencial e não única, que integra, orienta e coordena o cuidado ao longo de toda a rede de serviços e resolve a maioria das necessidades de saúde. Definição de papéis para cada serviço, de acordo com a densidade tecnológica;
- A forma da ação do sistema proativa, baseada em planos de cuidados de cada usuário realizado conjuntamente pelos profissionais e pelos usuários;
- Ênfase das intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, ou reabilitadoras sobre determinantes sociais da saúde, sobre fatores de risco e sobre as doenças ou condições estabelecidas;
- Modelo de atenção Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde, os fatores de riscos e as doenças ou condições estabelecidas;
- Planejamento da demanda definido pelo conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita, determinando a oferta ajustada de serviços. Planejamento integrado da assistência;
- Ênfase do cuidado na relação entre equipes multiprofissionais e os usuários e suas famílias e com ênfase no autocuidado orientado. Conhecimento e ação clínica partilhados por equipes multiprofissionais e usuários;
- Tecnologia de informação integrada a partir de cartão de identidade dos usuários e dos prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede;
- Sujeito Agente e co-responsável pela própria saúde. Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede;
- Ordenamento do acesso por critérios de risco. Racionalização da oferta de serviços e incorporação tecnológica. Prestação de serviços no local apropriado, na hora certa, de forma otimizada e oportuna, sem conflitos, evitando a repetição de ações e procedimentos;
- Centralidade do cuidado centrada na pessoa, família e comunidade, com abordagem resolutiva, realizada de forma humanizada, qualificada e orientada a partir da realidade local;
- Apoio paciente/família – contato regular e permanente, acompanhamento rotineiro, facilitando a formação de vínculos;
- Integração entre as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Integração entre a atenção individual e coletiva. Ação intra/ intersetorial sobre os determinantes sociais da saúde;
- Padronização de ferramentas de apoio (protocolos de acesso, clínicos, diretrizes terapêuticas);
- Busca contínua da melhoria qualidade dos serviços prestados e impacto na situação de saúde;
- Acesso a prontuários de forma integrada. Comunicação eficiente e disponibilização de informações sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários. Monitoramento contínuo do usuário na rede com gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- Suficiência de recursos humanos competentes e comprometidos com interdependência de recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde em seus diversos ciclos de vida;
- Existência de sistema de governança que favoreça o comando único, a transparência, a eficiência e o controle social dos serviços prestados;
- Financiamento adequado, incentivos financeiros e estruturas organizacionais alinhados com objetivos e metas do sistema de saúde. Sistema de financiamento por valor global ou por capitação da rede;

Quadro 1 – Síntese dos atributos relativos à operacionalização da integralidade através de uma Rede Integrada de pontos de atenção à saúde.

Fonte: Adaptado de “Redes Integradas de Servicios de Salud”. Série La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

3.2 Modelo tecno-assistencial e a composição de linhas de cuidado

No atual estágio de desenvolvimento do Sistema de Saúde brasileiro, no processo de descentralização, observa-se uma crescente expansão de modelos de saúde centrados na atenção básica, compreendida esta como a principal porta de entrada do sistema de saúde e o Programa de Saúde da Família como o espaço privilegiado de sua operacionalização (MENDES, 2008).

Segundo Cecílio (1997), as vantagens desse modelo são atribuídas a algumas razões, tais como:

- a) A idéia de expansão da cobertura e democratização do acesso;
- b) A criação de uma porta de entrada única composta por uma ampla rede de serviços de atenção básica;
- c) A organização do sistema de atenção de forma regionalizada e hierarquizada em complexidade crescente, como forma de racionalização no uso dos recursos, garantindo o acesso para o usuário que entrou pela “porta de entrada” a todas as tecnologias que o sistema dispuser;
- d) A proximidade do serviço de saúde da residência do usuário, como elemento facilitador do acesso e do vínculo, constituindo-se no nível de atenção com maior contato com a população; e
- e) No âmbito macro-organizacional, o desenho do modelo proposto de formato piramidal, as unidades básicas, representativas da porta de entrada, ocupam a base; os ambulatórios especializados, a parte intermediária; e os hospitais de maior complexidade, o vértice; sendo este formato de pirâmide um orientador para priorização de investimentos, pois facilita a percepção de onde se localizam as reais necessidades dos usuários.

Esta proposta vem sendo defendida para o SUS como a possibilidade de expansão da cobertura de prestação de serviços, a democratização do acesso universal para todos os usuários, a classificação por níveis hierárquicos dos serviços, a racionalização dos custos e a garantia de acesso aos diferentes níveis de tratamento, organizados pela referência e contra-referência. Na proposta do modelo

piramidal a porta de entrada no sistema de saúde seria sempre a rede básica abrangente de serviços disponíveis para a população (CECÍLIO, 1997).

Segundo TRAVASSOS (1997), a organização dos serviços por níveis de complexidade, decorre da necessidade de escalas na sua provisão como condição de eficiência produtiva, implicando a existência de uma hierarquização dos serviços, na qual a rede de atenção básica tende a ser mais dispersa localmente e próxima da população. Por sua vez, os serviços de média e alta complexidade são regionalizados e se concentram em poucos centros ofertantes desse tipo de cuidado à saúde, reunindo as emergências, ambulatórios de especialidades e internações hospitalares, visando à concentração do volume para redução de custos e otimização do processo de trabalho.

A concretização dessa concepção de modelo vem sendo problematizada tanto pela concepção de complexidade crescente das unidades, entendida como equivocada por levar a uma impressão de que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção prestada nos outros níveis, o que, por conseguinte, leva, consciente ou inconscientemente, a um descuido com a atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica; como no que diz respeito à organização sobre a forma piramidal com os supostos níveis hierárquicos, com relações verticais de ordem e graus de importância entre esses níveis, podendo gerar, dentre outros aspectos, dificuldades de acesso e de comunicação entre as unidades e banalização dos serviços de atenção primária (MENDES, 2002, 2007).

Cecílio (2001), baseado em alguns estudos e em constatações da prática social, constrói dois blocos de explicações para o fracasso desse modelo, cuja organização referencia-se numa pirâmide hierarquizada de serviços. O autor ressalta que a imagem de um sistema de saúde organizado como uma pirâmide, por níveis hierárquicos de complexidade crescente, dá conta apenas de uma parte da discussão sobre integralidade, pois fundamenta que a imagem ideal representada pela pirâmide ainda não pôde ser verificada na prática, sendo comum encontrar fragmentação nos sistemas de saúde locais.

Além das dificuldades de acesso e de falta de atendimento às necessidades da população, problemas comuns aos sistemas de saúde em nível local, alguns autores analisam criticamente as principais características do modelo assistencial em saúde, centrado na assistência médica, fragmentada e especializada, que tem nos hospitais o ponto privilegiado de atenção, sem se articular com outras práticas terapêuticas ou racionalidades não médicas. Além disso, não organiza adequadamente a oferta de serviços e não avalia sistematicamente o resultado e efetividade das ações do sistema de serviços sobre a saúde da população (CAMPOS, 1991, 1992; SCHRAIBER et al., 1999).

Outros autores também descrevem a permanência da seguinte situação na organização dos serviços: rede básica não resolutiva; elevada demanda reprimida na atenção especializada; pontos da rede de atenção consolidados pela pressão da oferta, significando a existência de interesses diversos que se sobressaem na conformação do sistema e não pela necessidade dos usuários; conjunto de pontos de atenção da rede isolados, fragmentados pela descontinuidade da atenção; com superposição e paralelismo nas ações de saúde, em virtude de falhas no planejamento e no gerenciamento da atenção, não contemplando as aspirações dos usuários de uma atenção integral (FLEURY, 1996; GIOVANELLA, 2002; MENDES, 2001; 2002; STARFIELD, 2002).

Normalmente, no cenário acima descrito, há a dificuldade da identificação da população adscrita, a assistência é voltada para as condições agudas, sob a hegemonia da atenção médico-hospitalar, atenção centrada no cuidado médico, fragmentada em especialidades, fundada em processos de trabalhos rigidamente divididos e no domínio do médico sobre a equipe de saúde, enfoque biologicista e individual, passividade do paciente, a ação reativa à demanda, ênfase nas intervenções curativas e reabilitadoras, sem estratificação dos riscos e financiamento por procedimentos (PIRES, 1989; MERHY, 1997).

Nesse sentido, Cecílio (1997) discorda da organização da rede atenção de saúde, baseada no modelo piramidal, uma vez que a centralidade do sistema ainda está na atenção hegemonicamente hospitalar, por meio de serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. Esse cenário pode ser constatado

pela maioria dos levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela dos prontos socorros, a qual poderia ser atendida na atenção primária por demandarem procedimentos considerados resolutivos neste nível de atenção (ESCOREL et al., 2007; MERHY; FRANCO, 1996).

Contudo, Cecílio (1997) aponta como vantagens: a expansão da cobertura pela democratização do acesso; a criação de uma “porta de entrada” composta por uma ampla rede de serviços de atenção primária; a hierarquização como forma de racionalização no uso dos recursos, garantindo o acesso para o usuário a todas as tecnologias que forem necessárias e, por fim, a proximidade do serviço de saúde da residência do usuário, como elemento facilitador do acesso e do vínculo. Ao contrário do que se diz corriqueiramente, o problema não são os usuários entrando pela porta de entrada errada, antes se trata do fato de que as pessoas, diante de suas necessidades, contrariam a racionalidade estabelecida pelo modelo de saúde, acessando o sistema pela porta que lhes parece mais possível, predominando, na utilização dos serviços, a busca pelo mais completo, rápido e mais íntimo na relação médico-paciente.

Segundo Cecílio (1997), a inadequação do atendimento também ocorre porque os ambulatórios especializados mantêm certas “clientelas cativas” que deveriam ser acompanhados na atenção básica. No entanto, Cecílio e Merhy (2003) defendem que por mais que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o sistema de saúde, especialmente onde as redes não se encontram estruturadas a partir da APS. Estes serviços atendem diariamente uma demanda interminável, tornando-se uma tarefa desgastante e de resultados sempre duvidosos, levando-se em consideração uma avaliação dos impactos sobre a saúde da população. Dessa forma, as urgências/emergências seguem funcionando de forma tradicional, na base da queixa-conduta, resultando em uma clínica reducionista e ineficaz.

Outra característica verificada nessa forma de organização da rede de serviços é a dificuldade de acesso à atenção especializada, pois mesmo quando são implantadas medidas mais rigorosas de referência, por exemplo, como a regulação

assistencial por meio das unidades do primeiro nível, o acesso aos serviços especializados permanece complicado pelo fato de não acompanharem a expansão da cobertura, formando, portanto verdadeiros gargalos no sistema, uma vez que a quantidade e qualidade das consultas e exames das especialidades são insuficientes perante as necessidades da população usuária, resultando numa ampliação da pressão por demanda deste nível de atenção (PINHEIRO; MATTOS, 2001; MERHY; FRANCO, 2003).

Os estabelecimentos da atenção hospitalar também apresentam dificuldades no acesso e inserção no modelo proposto, pois grande parte de suas demandas encontra-se no âmbito da atenção primária. Segundo Pinheiro (2001), a opção das pessoas pelo hospital foi historicamente construída pela política de saúde. A preferência dos usuários pelo atendimento hospitalar também foi encontrada em um estudo realizado por Cohn et al. (2002) quando os autores referem que a atenção básica idealizada pela saúde pública, como porta de entrada na hierarquia da rede assistencial, nem sempre se constitui como tal, levando seus usuários a percorrerem outros caminhos para conseguirem atendimento, superlotando as unidades hospitalares.

Pelas razões acima apresentadas, ao considerar as múltiplas estratégias que os usuários utilizam para acessar os serviços de que necessitam, Cecílio (1997) propôs o rompimento da racionalidade do modelo piramidal, começa relativizando a idéia de hierarquização dos serviços e propõe o que ele chama de arredondamento da pirâmide, como arranjo para organizar as redes de atenção, criando uma forma alternativa de se operacionalizar o sistema de saúde, o qual passa a ser pensado sob a forma de um círculo e operacionalizado através de “linhas de cuidado”.

Nesse tipo de modelagem, os distintos níveis de serviços de saúde poderiam estar articulados como uma rede com múltiplas entradas e múltiplos fluxos, ancorados nas representações e necessidades individuais. Em outras palavras, trata-se da construção de uma rede horizontal que leve em consideração não só a complexidade em termos de densidade tecnológica como também o movimento da população em relação aos serviços e não como uma pirâmide estática (CECÍLIO, 2001).

O autor relata que o sistema de saúde, organizado no formato circular, coloca os serviços de saúde numa condição de horizontalidade, é mais adequado para o alcance de uma atenção mais humanizada e qualificada, induzindo assim à percepção de que todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica e que pode ser acessível a todo cidadão. Por meio dessa organização, busca-se uma racionalidade do atendimento segundo um fluxo ordenado e otimizado de pacientes nos níveis do sistema, com a utilização de mecanismos de referência e contra-referência nas linhas de cuidado, onde as necessidades de saúde seriam atendidas nos espaços tecnológicos mais adequados (CECÍLIO, 2001).

Com isso, o autor acima ressalta a troca os fluxos verticais para a idéia de movimento, embutida na concepção do círculo. Nessa concepção, todos os serviços são percebidos como dotados de complexidade e em permanente relação, onde a referência de organização do sistema, mais do que uma lógica tecno-burocrática, adota uma perspectiva de redes com múltiplos fluxos para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes ao invés de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada, tal qual uma pirâmide.

Nas linhas de cuidado, a rede é organizada para o cuidado progressivo ao usuário, numa dimensão cuidadora horizontal como a defendida no modelo acima descrito, a qual qualifica as portas de entrada, a fim de que se possa alcançar espaços privilegiados de acolhimento, vínculo e responsabilização no cuidado com a saúde, individual e coletiva (CECÍLIO, 1997).

Outros autores como Ceccim e Ferla (2006) também defendem a lógica de linha de cuidado na organização de redes de saúde, em substituição ao modelo piramidal:

Em lugar da tradicional pirâmide de porta de entrada única e mobilidade padronizada, atada num trânsito somente formal e técnico-racionalista (serviço-centrados; profissional-centrados), uma malha de cuidados ininterruptos, organizados de forma progressiva. [...] por entre ligas e conexões, correm as linhas de cuidado que devem assegurar a satisfação das demandas dos usuários. É assim que devem organizar-se os fluxos e mecanismos de acesso que ampliam o universo e a natureza das unidades de produção da saúde em sua condição de conectadas em rede para o cuidado.

Assim, as unidades de saúde responsáveis pela atenção primária poderiam atuar como um nível próprio de atendimento, pressupondo alta resolubilidade clínica e eficiência frente às demandas básicas, servindo como um serviço de primeiro contato para os usuários, procurado regularmente a cada vez que haja necessidade de atenção (em caso de adoecimento e/ou acompanhamento de rotina).

As unidades da atenção primária atuam também como centro de comunicação com coordenação assistencial para atenção secundária (ambulatórios especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, algumas unidades de pronto-socorro) e terciária (serviços hospitalares de maior densidade tecnológica), requerendo alta sensibilidade diagnóstica para propor encaminhamentos adequados e qualificados no interior do sistema assistencial. De acordo com a autora, os serviços de média e alta complexidade poderiam ser compreendidos como lugares para oferecer o atendimento especializado necessário no momento nos casos apropriados (GIOVANELLA et al., 2002b).

Esta concepção de modelo assistencial adota também múltiplas possibilidades de entrada no sistema que dizem respeito não só aos equipamentos de saúde, como os centros de saúde, os pronto-socorros hospitalares, as unidades especializadas, entre outros serviços, inclusive quaisquer outros equipamentos sociais, como escolas, creches, farmácias, quartéis, etc. Importa, como primeira estratégia, para o autor, qualificar todas essas “portas de entrada”, de modo que se tornem espaços privilegiados de acolhimento com avaliação de risco e reconhecimento dos grupos populacionais mais vulneráveis, organizando-as de modo que, por meio delas, possa-se garantir o acesso de cada pessoa ao serviço, encaminhando-a ao tipo de atendimento de tecnologia mais adequada, no momento apropriado e com responsabilidade intransferível do serviço de saúde, com isso, o sistema tem a responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento (CECÍLIO, 2001).

Nesse contexto de debates sobre as alternativas da redefinição dos modelos assistenciais como formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde, Mendes (2007), considera o re-arranjo da rede de serviços de saúde no SUS um dos dilemas do SUS e uma necessidade para reverter a lógica do

modelo de saúde vigente no Brasil, que deflagra redes desarticuladas e sem garantia de integralidade da atenção.

Dessa forma, tem sido motivo de intenso debate político a necessidade de melhorar a organização da rede de serviços para a constituição de redes integradas e sistemas funcionais de atenção à saúde. Para tanto, um ponto chave deste debate para a organização da rede assistencial são as mudanças no modelo assistencial, especialmente aquelas pretendidas na atenção primária impulsionadas pela implementação de mecanismos de integração de rede com conformação da porta de entrada no sistema de saúde.

3.3 Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde

O Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores, é abrangente, muda ao longo de tempo de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável, sendo descrita como uso dos serviços, desempenho do sistema e resultado dos cuidados. Alguns autores, como Donabedian, empregam o substantivo acessibilidade como caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo acesso como ato de ingressar, entrada, ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (DONABEDIAN, 2003; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Vuori (1991) define acessibilidade, como “a possibilidade do consumidor obter os serviços de que necessita no tempo oportuno e local apropriado, em quantidade suficiente a um custo razoável”. Segundo este autor “a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis” corresponde ao acesso propriamente dito.

Segundo Formigli et al. (2000), o acesso depende, por um lado, das características do serviço como a localização geográfica, o modo de funcionamento, o acolhimento, os custos, o horário de atendimento, disponibilidade de profissionais; e por outro, das características do usuário como poder aquisitivo, local de moradia, disponibilidade de tempo, mas também da relação entre ambos. Para Foreit (1999), o acesso à utilização dos serviços por parte da população é entendido de modo mais amplo, sendo dividido em cinco dimensões: geográfica, econômica, administrativa, acesso à informação e acesso psicossocial. Este autor define estas dimensões, como se segue:

- a) O acesso geográfico refere-se à quantidade, tipo e localização dos serviços;
- b) O acesso econômico refere-se aos custos para os usuários obterem os serviços, seja no transporte, no atendimento, em farmácia ou em laboratórios;

- c) O acesso administrativo refere-se às normas e procedimentos programáticos que podem facilitar ou restringir a capacidade do usuário para obter os serviços. Entre as restrições administrativas citam-se a demanda por uma documentação excessiva, horário de atendimento pouco conveniente, tempo de espera prolongado, serviço muito concorrido e barreiras médicas;
- d) O acesso à informação refere-se à quantidade de informação disponível aos usuários potenciais a respeito dos serviços oferecidos e à necessidade de utilizá-los. A oferta do serviço pode chegar ao público através da mídia, proporcionando informação rápida e repetida a grandes audiências e/ou através da comunicação interpessoal que permite melhor compreensão, abordando inquietações individuais e um retorno imediato às necessidades do usuário. A respeito desta dimensão de acesso, Foreit (1999) confirma um índice elevado de desconhecimento dos serviços por parte dos usuários potenciais, o que pode estar revelando a insuficiência de oferta e divulgação dos serviços;
- e) O acesso psicossocial corresponde às barreiras psicológicas e/ou culturais que levam os usuários potenciais a não procurarem o serviço de saúde. Entre estas, o medo da medicina moderna, crenças religiosas, questões de gênero e problemas determinados pela distância social, como a diferença de idade, classe social e etnia entre prestadores e usuários.

Como descrito acima, o acesso é considerado um fator de grande importância na utilização de serviços de saúde, já que a oferta e uso de serviços de saúde não dependem da simples existência dos mesmos, mas das facilidades ou dificuldades de acesso que os usuários vivenciam.

Em relação à utilização de serviços de saúde pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. Apesar de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta e é influenciado por uma multiplicidade de fatores relacionados:

- a) à necessidade de saúde: como morbidade, gravidade e urgência da doença;
- b) aos usuários: características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião);

- c) aos prestadores de serviços: características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento;
- d) à organização: recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social;
- e) à política: tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema. A disponibilidade, a organização e mecanismos de financiamento atuam como elementos indutores da oferta dinâmica de utilização destes serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Além disso, a influência de cada um dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço (ambulatorio, hospital, assistência domiciliar) e da proposta assistencial (cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; TRAVASSOS; VIACAVA; PINHEIRO, 2002).

O conceito de uso compreende todo contato direto como consultas médicas, hospitalizações, ou indireto como realização de exames preventivos e diagnósticos, com os serviços de saúde. Em síntese é uma interação entre os consumidores e os prestadores de serviços. Dessa forma, segundo Oikawa (2001), a utilização dos serviços representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde.

No entanto, o padrão de utilização tem sido focalizado a partir da demanda por serviços de saúde, voltando para características demográficas e, principalmente, para o perfil de necessidades individuais (SAWYER et al., 2002). Como consequência, as desigualdades no uso de serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer e igualmente, indicam diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (TRAVASSOS et al., 2000).

Essa disponibilidade da oferta de serviços é dependente do ajuste entre a organização da oferta e a necessidade da população. Contudo, esse ajuste consiste num problema particularmente crítico para a utilização dos serviços públicos de saúde (MERHY, 2002; MORAES, 2007; SILVA, 2003), uma vez que seus critérios de racionalidade na organização do sistema de saúde massificam a atenção à saúde e burocratizam o acesso, obstaculizando a utilização dos serviços naquelas situações mais simples, porém, para o usuário, de complexa e imediata necessidade.

No sistema de saúde brasileiro, apesar de a expansão da rede básica ter contribuído para melhorar a acessibilidade geográfica, evidencia-se atualmente uma desproporção entre a oferta de consultas e exames especializados, a capacidade de atendimento da APS e a necessidade de saúde da população, gerando problemas no acesso aos encaminhamentos para demais níveis assistenciais e consequente descontinuidade da atenção prestada. É comum encontrar nos municípios brasileiros problemas decorrentes da insuficiência da oferta de serviços, trazendo prejuízos ao atendimento dos usuários (SILVA, 2003; TRAVASSOS et al., 2000)

Frequentemente há pouca disponibilização da oferta de consultas e exames na rede pública de serviços, ocasionando o crescimento da demanda reprimida da rede e demora na obtenção do atendimento necessitado, muitas vezes levando o usuário agendado a faltar (uma vez que ele não pode esperar tanto tempo pelo procedimento, aumentando assim o percentual de absenteísmo) e/ou a procurar outros serviços (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002; TRAVASSOS et al., 2000). Assim, nesse contexto, o usuário acaba procurando outros serviços e o prejuízo se dá para o conjunto de usuários e para o sistema de saúde, pois as consultas de difícil acesso acabam, algumas vezes, sobrando pela desistência e pela falta de agilidade para o atendimento, evidenciando falhas na forma de organização dos serviços (SILVA et al., 2003).

Além disso, nos níveis secundário e terciário, acaba ocorrendo a concentração da procura por atendimento, devido à falta de acesso e resolutividade na atenção básica. O desejo dos usuários é o de buscar todos os cuidados de que necessitam de uma só vez e no mesmo serviço. Essa não é a única das causas da concentração da procura de atendimento nestes níveis, a deformação dos serviços

também indica que os usuários deixam de procurar a consulta ambulatorial nas unidades básicas por considerá-la como uma assistência menos qualificada, de difícil acesso e de pouca tecnologia para a resolutividade de seus problemas de saúde e preferem buscar o seu atendimento diretamente em outros níveis de atenção, principalmente, nas emergências hospitalares (BITTAR; NOGUEIRA, 1996).

Esses motivos fazem com que a procura da população por serviços de saúde ocorra fora de seu referencial geográfico e desorganizadamente, deixando de ocorrer o vínculo desejado a um serviço básico de saúde. Com isso, alguns serviços acabam perdendo a sua relevância e credibilidade sob a ótica dos usuários, por não lhes prestarem um atendimento vinculado, integral, humanizado, resolutivo e eficiente (CARVALHO, 1993; CONILL; FAUSTO, 2007).

Para tentar equacionar esse problema, Travassos e Martins (2004), propõem a construção de um sistema de saúde verdadeiramente capaz de atender de maneira adequada às necessidades da população, defendendo mudanças na racionalidade desses sistemas. Busca-se, então, propostas para melhoria do acesso funcional aos serviços, através da oferta em disponibilidade contínua de serviços oportunos, adequados e resolutivos às necessidades do usuário sempre que ele precisar. Esse acesso é garantido através de uma atenção à saúde de forma contínua e organizada, com integração/interação entre os diferentes níveis e atores dos sistemas de saúde e que otimize sua utilização nas suas respectivas competências.

Dessa forma, os gestores têm se defrontado no seu cotidiano com o dilema da garantia do acesso, da qualidade e resolutividade por meio de conformação de redes de atenção à saúde, de forma equânime e integral, dentro do quadro de insuficiência financeira. Apesar deste cenário, de acordo com Mendes (2008), deveria se evitar a todo custo a criação de duas redes paralelas: a da atenção básica e a da urgência.

3.4 A Rede de Atenção à Saúde da Mulher: o cuidado pré-natal

Em todo o mundo, as taxas de morbi-mortalidade materna e neonatal têm diminuído drasticamente nos últimos trinta anos, o que tem sido atribuído aos cuidados durante o pré-natal e no primeiro ano de vida da criança. É certo que o contexto social e econômico é determinante para a superação destes riscos, mas a assistência à reprodução tem grande importância para assegurar a saúde e a vida das gestantes, bem como para garantir que as condições que cercam os nascimentos.

No Brasil, onde a saúde da mulher e da criança tem sido reconhecida como prioridade há algumas décadas, ainda persiste a ocorrência de um número elevado de mortes de mulheres e crianças por complicações da gravidez e do parto (REZENDE, 2000). Por isso, os cuidados à mulher no ciclo gravídico puerperal permanecem como um desafio para a gestão, tanto no que se refere à garantia da qualidade propriamente dita, quanto à permanência da organização da atenção, ainda centrada em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (MENDES, 2002b).

Cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis, mediante a adoção de medidas relativamente simples, que visam a melhoria da qualidade e da organização da rede de assistência materna e perinatal, garantindo o acesso aos serviços de saúde mais adequados e resolutivos. Uma vez que as mortes maternas, decorrentes da gravidez, aborto, parto, puerpério, evidenciam, na maioria das vezes, mortes precoces, que poderiam ser evitadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde (BRASIL, 1984).

Quanto às causas da **mortalidade materna** elas são, do ponto de vista clínico e obstétrico, separadas em dois grandes grupos. No primeiro estão as chamadas causas obstétricas diretas, que são as complicações específicas do ciclo gravídico puerperal, como, por exemplo, o descolamento prematuro da placenta e a hemorragia que a ela se segue, a hipertensão específica da gravidez; os traumatismos de parto, e as complicações do aborto. No outro grupo estão as

chamadas obstétricas indiretas, representadas por doenças gerais, não específicas do ciclo gravídico-puerperal, mas que podem levar a complicações deste estado, como por exemplo, diabetes, cardiopatias, doenças infecciosas, doenças respiratórias crônicas e várias outras (LAURENTI, 1998).

Nas duas situações é possível impactar sobre a frequência de óbitos maternos, seja através de um pré-natal eficiente e integrado a uma boa assistência à parturiente, como cita Laurenti (1998):

As causas obstétricas diretas, ou suas complicações, são perfeitamente preveníveis por uma boa assistência desde o pré-natal, tendo em vista que o cuidado pré-natal possibilita identificar fatores de risco, para posterior controle ao longo de toda a gestação, bem como diagnosticar precocemente complicações da gravidez, até o parto. As outras doenças, que podem complicar a gestação e o parto, as obstétricas indiretas, podem ser controladas ou compensadas no pré-natal, quando há um bom acompanhamento dos casos.

Quanto às causas da **mortalidade perinatal**, vários estudos demonstraram que, ao contrário de outros países, onde as perdas estão relacionadas principalmente a doenças de difícil prevenção como as malformações congênitas, o descolamento prematuro de placenta e os acidentes de cordão, no Brasil predominam os óbitos perinatais por afecções passíveis de prevenção ou controle por meio do acesso à adequada assistência pré-natal, tais como as síndromes hipertensivas, diabetes gestacional, sífilis congênita e infecções urinárias complicadas (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

As complicações da gestação, parto e puerpério (período que sucede o parto) constituem a décima causa de mortes em mulheres, desta forma com um acompanhamento pré-natal e atenção ao parto adequados, consegue-se evitar a maior parte dessas mortes. Tendo em vista que as mulheres que fazem o pré-natal têm taxa de mortalidade materna e perinatal menores e esses coeficientes são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos biológicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico puerperal (TANAKA, 1995).

De acordo com Silveira, Santos, Costa (2001), uma atenção pré-natal⁸ qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. O autor também ressalta que a possibilidade de se evitar a mortalidade materna está ligada diretamente à oportunidade e a qualidade da assistência recebida pela mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério.

Halpern et al. (1998) em estudo realizado na cidade de Pelotas, mostraram que 4,9% das mulheres passaram pelo período de gestação sem uma única consulta de pré-natal e constataram uma incidência de baixo peso ao nascer de 2,5 vezes maior nesse grupo, comparado com as mães que realizaram cinco ou mais consultas. Da mesma forma, o coeficiente de mortalidade perinatal foi três vezes maior entre as mães que não realizaram o pré-natal.

Em estudo feito em Uberlândia (MG), em 1997, com o objetivo de caracterizar a mortalidade materna, Rezende et al. (2000) constatou que em todos os óbitos maternos obstétricos as mulheres do estudo tiveram acesso ao pré-natal e parto hospitalar, que se mostraram inadequados, principalmente nos casos de maior risco para a morte materna. Dessa forma, consideraram-se todos os óbitos evitáveis, no entanto havia tecnologia disponível para impedi-los.

Alguns estudos demonstram que óbitos maternos podem ser evitados quando há organização racional da rede de serviços com garantia da qualidade do cuidado pré-natal, acessibilidade ao cuidado, incluído aqui o aumento na oferta de serviços

⁸ A assistência pré-natal é um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para saúde da gestante e do concepto. Entendendo-se como risco toda a característica ou circunstância que está associada ao aumento de probabilidade de ocorrência de um fato indesejado necessariamente em sua causalidade. Considera-se de alto risco ou de risco agravado a gravidez em que a gestante ou o seu concepto está sujeito a sucumbir ou ser lesado durante o ciclo grávido-puerperal. A assistência pré-natal tem ainda o objetivo de orientar e esclarecer sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, visando à redução das taxas de morbi-mortalidade materno-infantil, baixo peso ao nascer e retardo do crescimento intra-uterino, visto que estas causas são evitáveis dependendo da qualidade assistencial prestada neste período (TANAKA, 1995). O objetivo principal da consulta pré-natal é o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal. Atualmente acrescenta-se um sentido mais amplo, incluindo os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

de saúde, o acesso a exames laboratoriais, e a existência de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os níveis de atenção, e principalmente vínculo do pré-natal ao parto (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Nesse sentido, no Brasil a assistência pré-natal tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população, sendo uma das mais antigas ações desenvolvidas pelos serviços públicos. Conseqüentemente, iniciativas visando à melhoria da atenção à mulher foram propostas pelo Ministério da Saúde há pelo menos 25 anos (OSIS, 1998).

Desta forma, com o objetivo fundamental não só de promover a integralidade das ações de saúde nos serviços como também garantir a atenção contínua entre os diferentes níveis do sistema para determinadas clientela em maior risco epidemiológico, o Ministério da Saúde, instituiu em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (**PAISM**) que representou uma conquista do movimento feminista contra o modo restrito/reduzido com que as questões e problemas de saúde da mulher eram tratados nas políticas e nos serviços de saúde (BRASIL, 1984; OSIS, 1998).

O PAISM estabeleceu as demandas das mulheres para além das especificidades reprodutivas, o que representou uma ruptura com a perspectiva biologizante materno-infantil, propondo-se atender as necessidades mais amplas em saúde, valorizando o contexto sócio-histórico e cultural em que tais necessidades se apresentam, com ênfase na abordagem da integralidade como princípio norteador das práticas de cuidado à saúde da mulher (BRASIL, 1984; FORMIGA FILHO, 1999; OSIS, 1998).

O PAISM ajudou a ampliar a atenção e o acesso das mulheres aos serviços de saúde e a disseminar entre os profissionais do setor a necessidade de uma assistência que leve em consideração – além da tríade gestação, pré-natal e puerpério – outros aspectos vida da mulher tais como a saúde sexual, a prevenção ao câncer de colo e câncer de mama e a saúde mental. Contemplava as mulheres acima dos 10 anos de idade, traçando ações específicas para cada grupo etário, tais como as de planejamento familiar, assistência pré-natal, erradicação da mortalidade

materna, tratamento às neoplasias, problemas cardiovasculares e outros agravos crônico-degenerativos, além da atenção ao climatério, conforme as características do perfil epidemiológico da população-alvo (BRASIL, 1984; COELHO, 2003; OSIS, 1998).

A política de pré-natal, no PAISM, estava direcionada para a ampliação de cobertura da assistência pré-natal, a melhoria de sua qualidade, a garantia do acesso ao parto de qualidade, redução das cesáreas para o estritamente necessário, estímulo ao aleitamento materno, e garantia do atendimento ao puerpério (BRASIL, 1984, 2004b; COELHO, 2003; OSIS, 1998).

Além disso, o programa ressaltava a importância da adequada atenção ao pré-natal, parto e puerpério, tendo como principal objetivo garantir o acompanhamento precoce da gestante, assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal. Assim, a realização de um pré-natal bem estruturado, resolutivo e que considere os parâmetros pré-estabelecidos, constituiu ferramenta fundamental, para redução da mortalidade materna e neonatal (COELHO, 2003; OSIS, 1998).

As ações preconizadas no PAISM envolvem também a melhoria do acesso ao acompanhamento pré-natal, avaliação de risco gestacional e encaminhamento da gestante para serviços referenciados resolutivos, monitoramento e avaliação da assistência ao parto, estímulo e facilitação do retorno para consulta puerperal e garantia de acesso ao planejamento familiar (BRASIL, 2004b; OSIS, 1998).

No entanto, a realidade do panorama obstétrico, ainda confrontava com altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, e assim induziram o Ministério da Saúde em 2000, a lançar uma estratégia de ação com o objetivo de definir um modelo nacional que normatizasse as ações assistenciais relacionadas, conjugando esforços para melhorar os resultados observados e estabelecer uma assistência pré-natal adequada e sua interação com os serviços de assistência ao parto (BRASIL, 2000b).

Dessa forma, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (**PHPN**), através da Portaria/GM nº 569/2000, com o objetivo de adotar medidas que assegurassem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal e concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país (BRASIL, 2000b).

O PHPN possui várias medidas para ampliar o acesso das mulheres ao acompanhamento pré-natal, para qualificar as ações nele desenvolvidas e para modificar o modelo de atenção ao parto. Tem como objetivos: promover as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos direcionadas à redução da morbi-mortalidade materna; melhorar os resultados perinatais, tendo como pano de fundo a humanização do atendimento, buscando garantir o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS (BRASIL, 2000b).

Operacionalmente, o PHPN definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais deveria concentrar esforços a fim de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal. Incluem-se aí a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, o estabelecimento de procedimentos e ações, e a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2000b; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

O PHPN propôs critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem ao programa com o objetivo de induzir e auxiliar na implementação das ações, através da disponibilização de novos recursos para o custeio da assistência e transferência mediante o cumprimento de critérios mínimos. Definiu que o início do acompanhamento pré-natal deve ser realizado obrigatoriamente até 14ª semana de gestação e o número mínimo de seis consultas a serem obtidas por todas as gestantes brasileiras, com a seguinte distribuição: a primeira consulta de

pré-natal no primeiro trimestre; duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; incluindo também a realização de uma consulta puerperal, até 42 dias após o nascimento; realização dos exames laboratoriais e imunização antitetânica; classificação continuada de risco gestacional, atividades educativas e promoção à saúde (BRASIL, 2000b).

Com isso, estão inclusos na política do Governo Federal a realização gratuita de exames laboratoriais e o fornecimento de medicamentos, vacinas e outros tratamentos necessários, como por exemplo, o odontológico ABO-Rh, na 1º consulta; VDRL, um exame na 1º consulta e outro próximo na 30º semana gestacional; urina rotina, um exame na 1º consulta e outro próximo na 30º semana gestacional; glicemia de jejum, um exame na 1º consulta e outro próximo na 30º semana gestacional; Hemoglobina/Hematócrito, na 1º consulta; oferta de testagem anti-HIV, com um exame na 1º consulta, aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas (BRASIL, 2000b; 2005).

Os princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento são:

- a) toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b) toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- c) toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- e) todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal;
- f) as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima (BRASIL, 2000b, 2005).

De acordo com o programa, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender as reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. Reforça-se, ainda, que as ações de saúde precisam estar voltadas para cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal (BRASIL, 2000b; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Neste sentido, o programa visa garantir, entre outras, a identificação precoce de todas as gestantes da comunidade e o início do acompanhamento no primeiro trimestre da gravidez, bem como a operacionalização do sistema de referência e contra-referência, estabelecidas condições para uma assistência pré-natal efetiva, objetivando a continuidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2005; SILVA; BATISTA FILHO; SOUZA, 2000).

Aliado a essa política e para aumentar a capilaridade das ações de saúde, em 1994 foi concebido no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), cujo antecessor foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2000a).

Destaca-se ainda, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna, lançado pelo Ministério da Saúde em 2004, que conta com a adesão de estados e municípios, os quais se comprometem a implementar, dentre outras, medidas para a melhoria da qualidade da assistência à gestação e ao parto. O Pacto tem seis eixos prioritários englobando: a qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; educação em saúde; gestão da informação; vigilância do óbito infantil; fortalecimento do controle social, mobilização e comunicação; e produção de conhecimento e pesquisas (BRASIL, 2004c).

A criação do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SIS-PRENATAL) foi considerada como medida fundamental do PHPN. O SISPRENATAL é disponibilizado pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) possibilitando a

identificação individualizada das cidadãs atendidas nos estabelecimentos de assistência à saúde pelos gestores, além de fornecer as bases de cálculo para o repasse financeiro, transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, aos municípios que aderiram ao PHPN (BRASIL, 2000b).

O registro da inserção no PHPN, feito através do SIS-PRENATAL, utiliza como entrada de dados dois documentos, a Ficha de Cadastramento da Gestante e a Ficha de Registro Diário dos Atendimentos da Gestante, que pode ser efetuado na própria unidade de saúde onde é realizado o atendimento da gestante, no distrito sanitário, na Secretaria Municipal de Saúde ou ainda na Secretaria Estadual de Saúde em seu nível regional ou central permitindo a importação de dados registrados em todas as esferas, possibilitando a consolidação final dos mesmos pelo SUS (BRASIL, 2000b).

Esse sistema de informações consegue monitorar o pagamento dos incentivos financeiros e constituir-se em um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar essa atenção em âmbito municipal e estadual, contribuindo para melhorar a gestão dos serviços. Até a instituição da PHPN, os dados referentes à assistência pré-natal no SUS restringiam-se ao número absoluto de consultas, não permitindo avaliações mais detalhadas da qualidade do cuidado pré-natal (BRASIL, 2000b).

Serruya, Cecatti e Lago (2004) analisaram dados registrados por 3.016 municípios no sistema de informação que monitora o PHPN nos primeiros anos de operação do programa. Os autores identificaram que cerca de 90% das gestantes cadastradas haviam iniciado precocemente o pré-natal, mas que apenas 20% delas haviam realizado pelo menos seis consultas. Além disso, uma proporção muito pequena de mulheres havia concluído o acompanhamento, tendo realizado o conjunto preconizado de procedimentos assistenciais (2% em 2001 e 5% em 2002). Os autores atribuem os resultados, em parte, ao provável sub-registro no sistema de informação de ações efetivamente desenvolvidas pelos serviços, o que, por outro lado, indica o despreparo de muitos municípios para o planejamento, a implementação e o monitoramento de ações básicas de saúde.

De fato, o estudo de avaliação da implementação do PHPN demonstrou que os dados existentes no sistema de informação não retratam integralmente o atendimento prestado. No entanto, mesmo considerando o efetivamente realizado, os autores identificaram ainda algumas dificuldades como a baixa frequência de exames que se repetem no terceiro trimestre da gestação e a escassa realização da consulta de puerpério (TANAKA et al., 2004).

Dessa forma, pode-se constatar que após a implantação dos programas ministeriais e a assistência pré-natal ter apresentado importantes avanços que vão do acesso à organização da rede de serviços, até o momento permanecem alguns desafios, apesar de a assistência pré-natal ter estado sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, principalmente na atenção primária.

Os problemas no acesso em algumas regiões, a qualidade da atenção prestada, a desorganização da oferta de serviços, o fragmentação da assistência prestada na atenção pré-natal ao parto, indefinição das unidades de referência e contra-referência, pouca humanização no atendimento e permanência de inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal, são alguns desafios a serem superados pelo sistema de saúde brasileiro (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001) objeto desse estudo de caso cujas considerações metodológicas seguem no próximo capítulo.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Delineamento do Estudo

Para a pesquisa foi realizada a estratégia do estudo de caso, com abordagem qualitativa/quantitativa, utilizando-se a análise documental, aplicação de entrevistas e formulários semi-estruturados, com diversas fontes de informação convergentes, trianguladas para responder às perguntas da investigação, na perspectiva da triangulação de fonte de dados.

Gil (2009) ressalta que os estudos de caso possibilitam estudar em profundidade o grupo, organização ou o fenômeno, considerando suas múltiplas dimensões. Nesse sentido, os estudos de caso podem proporcionar uma visão mais clara, ou seja, uma visão sistêmica acerca de fenômenos pouco conhecidos, conferindo assim maior profundidade aos dados.

A necessidade de realizar um estudo de caso surge do desejo de compreender fenômenos sociais complexos, tais como são os objetivos propostos por essa pesquisa.

4.2 Local do Estudo

O município de Recife é o maior município do estado de Pernambuco, localizado na região metropolitana, contando com uma população de 1.612.270 habitantes (IBGE, 2009) sendo que 46% com menos de 25 anos de idade e 53,5% desse total formada por mulheres. Segundo dados do IPEA (2009) quase metade da população, cerca de 43%, possui renda per capita inferior a meio salário mínimo. Ou seja, no geral o território do Recife é marcado por profundas desigualdades, salvo algumas exceções onde a pobreza é mais generalizada, formado um amplo aglomerado popular mais homogêneo (RECIFE, 2005a).

O município reconhece a existência de 66 Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), que são áreas de assentamentos habitacionais de população de baixa renda, sendo distribuídas pelo espaço urbano, agregando cerca de 80% das 490 favelas (aproximadamente), representando assim 15% da área total do município e 25% da área ocupada. Dessa forma, o perfil sócio-econômico da maior parte da população residente no município impõe grandes desafios ao poder público no tocante à viabilização de políticas sociais capazes de responder às demandas de uma enorme população majoritariamente dependente do setor público e historicamente desassistida.

O território do Recife é subdividido, desde 1988, em 94 bairros, e para efeito de planejamento e gestão, a cidade também é dividida espacialmente em 6 Regiões Político-Administrativa (RPA), sendo cada uma destas subdivididas em três Microrregiões (MR), que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Na saúde cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário: DS I (centro); DS II (norte); DS III (noroeste); DS IV (oeste); DS V (sudoeste); DS VI (sul) (RECIFE, 2005a).

A distribuição geográfica da população dentro do território municipal apresenta um padrão diversificado de ocupação, sendo o Distrito Sanitário VI o mais populoso, com 24,9% da população de Recife residindo nesta região (RECIFE, 2009). O Distrito Sanitário VI, localizado na região sul do Recife, possui a mais extensa área física (3.902 hectares), ocupando assim 17.81% da área da cidade.

O Distrito VI possui uma população de 400.883 habitantes, distribuídos em 08 bairros (Figura 3). Em virtude da sua extensão territorial, o Distrito é subdividido em três microrregiões: a microrregião 6.1 corresponde aos bairros de Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina; a microrregião 6.2 corresponde aos bairros de Ibura e Jordão e a microrregião 6.3 corresponde ao bairro da Cohab.

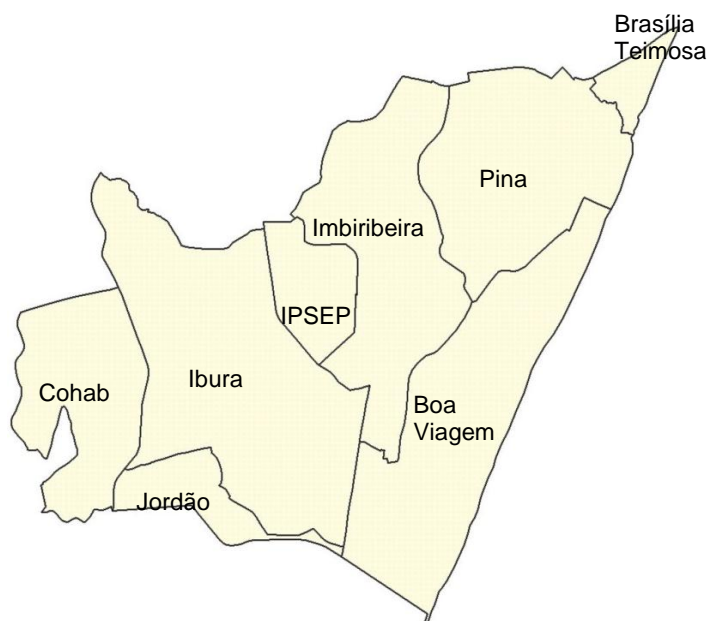


Figura 3 – Mapa dos bairros do Distrito Sanitário VI, Recife - PE, Recife, 2010.
Fonte: Recife (2009)

No Distrito Sanitário VI há 13 Zonas Especiais de Interesse Social (Figura 4), o que revela a complexidade de pensar as políticas e os programas sociais aplicados aos diversos espaços do Distrito (RECIFE, 2009).

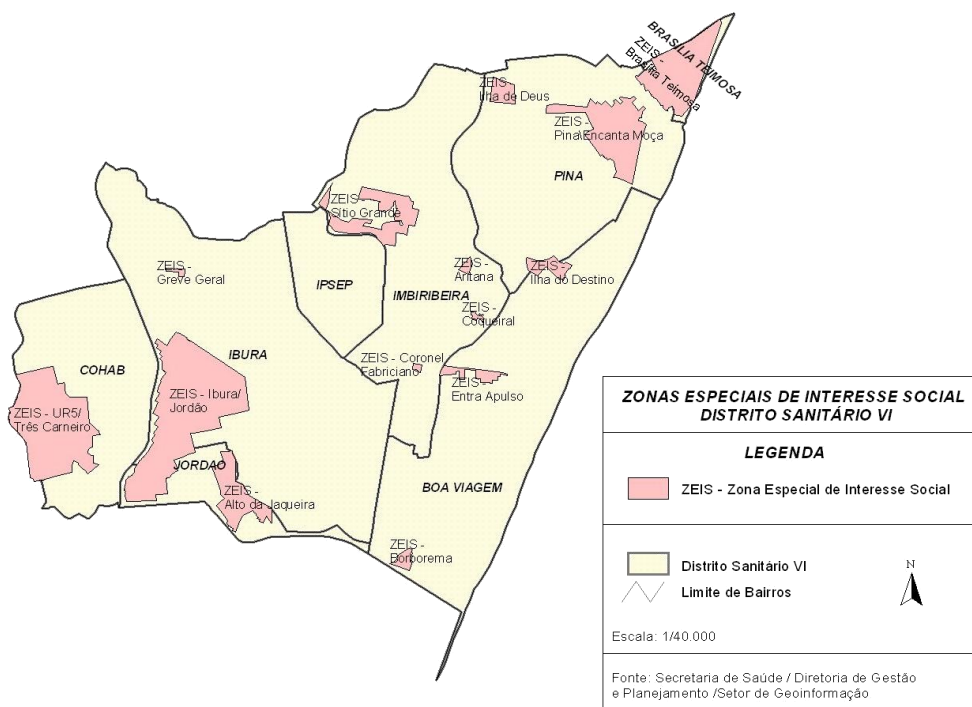


Figura 4 – Mapa das Zonas Especiais de Interesse Social do Distrito Sanitário VI, Recife - PE, Recife, 2010.

O Distrito Sanitário VI possui o maior número de equipes de saúde da família, uma grande densidade populacional localizada na periferia metropolitana, no entanto, apresenta um grande déficit de infra-estrutura de serviços sociais (Quadro 2) e de saúde.

INDICADOR	MR 6.1	MR 6.2	MR 6.3	DS VI
Renda média dos responsáveis pelo Domicílio.	1.211,388 DP=1033,36	433,42 DP=32,10	371,91 DP=0	672,33 DP=497,63
Domicílios ligados à Rede Geral de Abastecimento de Água	54.890	13.100	15.355	83.345
Percentual de domicílios ligados à Rede Geral de Abastecimento de Água. (Fonte: Atlas Recife 2000)	86,77%	79,43%	84,87%	85,04%
Domicílios ligados à Rede Geral de Esgotamento Sanitário	34.305	16.778	17.256	68.339
Taxa de analfabetismo	5,86	2,88	3,01	11,75
Densidade populacional por microrregião	10.647 hab/Km ²	6.100 hab/Km ²	17.966 hab/Km ²	10.059 hab/Km ²

Quadro 2 – Indicadores sócio-demográficos, segundo microrregião, DS VI, Recife - 2000 e 2009, Recife, 2010.

Fonte: Censo Demográfico 2000 – IBGE. Estimativa para 2009: DEPI – DIEVS/ Secretaria de Saúde do Recife / DGPG, Recife, 2010.

A escolha do Distrito Sanitário VI como local do estudo reflete a facilidade de acesso ao Distrito, a organização da rede de serviços de saúde, já que o distrito apresenta um plano de referência para a assistência, e o fato do Distrito Sanitário VI ter apresentado, em 2009, o maior percentual de óbitos de mulher em idade fértil (25,3%) e o maior coeficiente de mortalidade mulher em idade fértil, correspondendo a 28,2 óbitos para cada grupo de 100.000 mulheres nessa faixa etária. A razão de mortalidade materna (RMM) para o ano de 2009 no Distrito Sanitário foi de 21,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), menor do que a RMM do município.

Verificou-se que, no ano de 2009, o Distrito VI apresentou uma boa cobertura de acompanhamento pré-natal, segundo os dados registrados no SINAN/MS. Em relação aos partos ocorridos nesse período, 89,1% das mães realizaram quatro ou mais consultas de pré-natal e 2,1% das mães não fizeram nenhuma consulta, percentual acima do verificado para o município como um todo que foi de 1,9%.

Por conseguinte, foi constatada a necessidade de optar por uma delimitação, sendo escolhida a microrregião 6.2 (Figura 5), correspondente aos bairros de Ibura e Jordão. Essa microrregião é constituída por dois bairros que tem características bastante homogêneas nas condições de vida de sua população. Dessa forma, o estudo foi realizado na micro-região 6.2 do Distrito Sanitário VI de Recife.

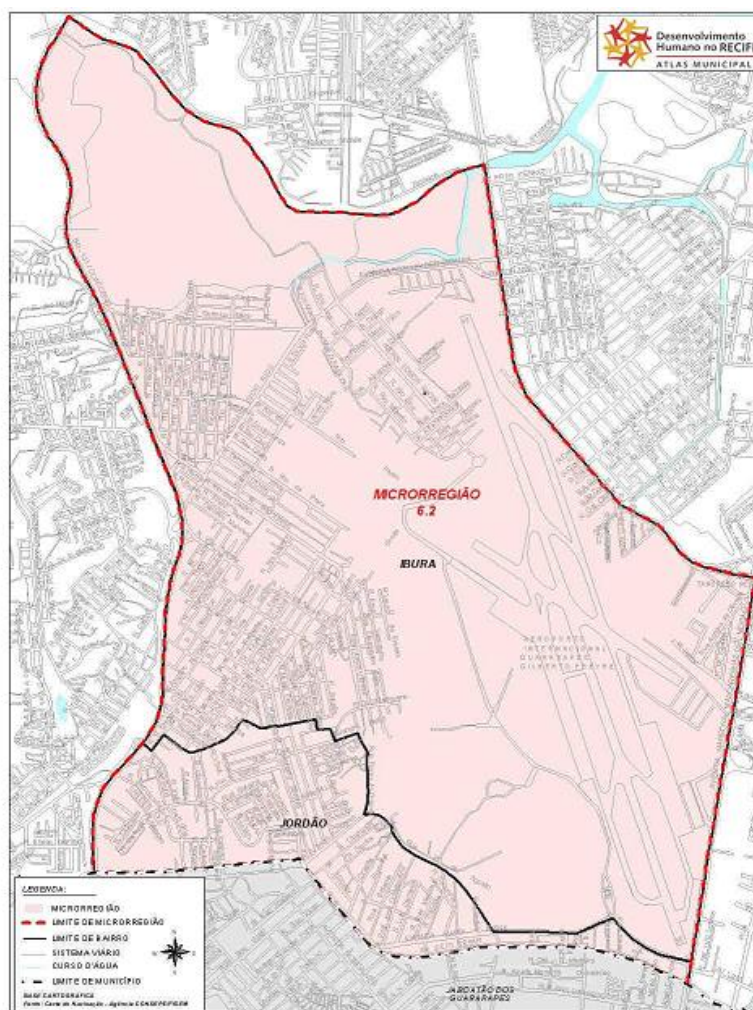


Figura 5 – Mapa dos bairros da microrregião 6.2 do Distrito Sanitário VI, Recife - PE, Recife, 2010.

4.3 Período do Estudo

Para a coleta dos dados secundários o período de referência foram os anos de 2009 e 2010, uma vez que os sistemas de informação do DATASUS não disponibilizam dados atualizados em relação ao ano corrente. Para a coleta dos dados primários o período foi de outubro a novembro de 2010.

4.4 Procedimentos para Coleta e Fontes de Dados

A primeira fase do estudo se consistiu no levantamento da legislação, documentação em saúde (relatórios das Conferências Municipais de Saúde, relatórios de gestão e outros documentos produzidos pelas Secretarias Municipais de Saúde), coleta de dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e de oferta de serviços de saúde do município estudado, permitindo assim a caracterização das condições de vida e de saúde da população recifense e a identificação dos problemas de saúde prevalentes e que necessitam de intervenção. A segunda etapa correspondeu à realização de entrevistas semi-estruturadas com gestores municipais da saúde. E a terceira fase englobou a aplicação de formulários semi-estruturados com os profissionais dos serviços de saúde da atenção básica envolvidos na atenção à saúde da mulher.

Como técnicas de coleta de dados primários foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas seguindo um roteiro de entrevista específico, análise documental e formulários aplicados.

Foram entrevistados os gestores/gerentes/coordenadores/responsáveis: da Diretoria Geral de Atenção à Saúde, Diretoria Geral de Regulação do Sistema e do Distrito Sanitário VI da Secretaria de Saúde do Recife. Foi aplicado um formulário com os profissionais das unidades da atenção básica da Rede de Atenção à Saúde da Mulher da microrregião 6.2 no Distrito Sanitário VI do Recife.

Os instrumentos de coleta de dados foram sistematizados na forma de um roteiro para orientar as entrevistas com os gestores no âmbito municipal (Apêndice A) e na forma de um formulário semi-estruturado elaborado, especificamente para os propósitos do estudo a partir do quadro de referência da pesquisa, aplicado aos profissionais (médicos e de enfermagem) que realizam o cuidado pré-natal nas unidades da Rede de Atenção à Saúde da Mulher da microrregião 6.2 do Distrito Sanitário VI do Recife (Apêndice B e C).

Os dados secundários foram obtidos através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e do SIS-PRENATAL, ambos desenvolvidos pelo DATASUS, de domínio público. O SIS-PRENATAL é um sistema de informação com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério, inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. Foram coletados dados sobre a produção ambulatorial e sobre os procedimentos realizados na consulta de pré-natal, realizados nas unidades sob gestão municipal, localizadas na microrregião 6.2 do DS VI, no ano de 2010. Para a caracterização das unidades e auxílio na descrição da Rede de Atenção à Saúde da Mulher foi utilizado o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

4.5 Participantes da Pesquisa

Segundo Gil (2009) para selecionar os participantes de uma pesquisa é necessário escolher os atores que estejam articulados cultural e sensitivamente com o grupo ou a organização pesquisada, ou seja, com o objeto do estudo. Dentro desta perspectiva, para o propósito desse estudo, foram selecionados gestores das áreas técnicas das Diretorias de Saúde da Secretaria de Saúde do Recife e do Distrito Sanitário VI para a realização das entrevistas:

- a) E1 – responsável pela Área Técnica de Saúde da Mulher da Diretoria Geral de Atenção à Saúde;

- b) E2 – responsável pela Gerência de Atenção Básica da Diretoria Geral de Atenção à Saúde;
- c) E3 – responsável pela Gerência de Fluxos Assistenciais da Diretoria Geral de Regulação do Sistema;
- d) E4 – responsável pela Gerência da Regulação Ambulatorial da Diretoria Geral de Regulação do Sistema;
- e) E5 – responsável pela Gerência de Programação, Controle e Avaliação da Diretoria Geral de Regulação do Sistema;
- f) E6 – responsável pela Gerência de Território da micro-região 6.2 do Distrito Sanitário VI;
- g) E7 – responsável pela Coordenação da Saúde da Mulher do Distrito Sanitário VI.

A escolha desses atores foi por entender que eles estão implicados com a organização da rede de atenção à saúde da mulher, e portanto, considerados sujeitos fundamentais para atender os objetivos da pesquisa. Participaram da pesquisa proposta, apenas os informantes-chaves que consentiram os itens expostos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e mediante a assinatura do mesmo.

Cada entrevista durou em média 50 minutos. O roteiro da entrevista contemplou os seguintes grupos de questões: identificação; características da gestão municipal; características das unidades e do processo de trabalho na saúde do município e da microrregião selecionada; organização do sistema local de saúde da mulher (atenção ao pré-natal); identificação dos mecanismos de integração; percepção sobre integração da rede assistencial; características da política de atenção à saúde da mulher; problemas e perspectivas da rede de cuidado pré-natal.

Os formulários foram aplicados em todos os profissionais (médicos e de enfermagem) que trabalham nas Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas Tradicionais/Centros de Saúde, Policlínica e Maternidade da microrregião 6.2 do Distrito Sanitário VI e que aceitaram participar da pesquisa, correspondendo a um total de 24 profissionais.

4.6 Plano de Análise e Interpretação dos Dados

Foi construída uma Matriz de Análise da Rede de Atenção à Saúde da Mulher (Quadro 3), no tocante aos fatores de integração, a qual foi dividida em quatro dimensões: Política, Gestão, Organização e Cuidado. Para compreender cada dimensão e orientar sua operacionalização no estudo, foram definidas categorias de análise. Essa categorização baseou-se em revisão de literatura.

Em cada dimensão foram identificadas as categorias de análise caracterizadas como fatores integradores que compõem uma rede integrada de serviços de saúde. Cada categoria possui critérios e/ou indicadores. Optou-se, então, por concentrar a análise na dimensão **CUIDADO**, não se tratando, assim, da análise mais ampla da política, do processo de gestão e do funcionamento/organização das estruturas. Focando-se a dimensão cuidado, foi feita a análise das práticas do cuidado, do processo de trabalho em saúde e dos fatores integradores presentes nessa dimensão que facilitam a implementação de uma rede integrada de serviço de saúde. Cada critério foi coletado através da pesquisa documental e dos instrumentos de coleta de dados (entrevista e formulário).

O estudo exigiu a adoção de um recorte empírico, de modo a promover uma aproximação com os múltiplos processos que atravessam o cenário local e contribuem para modelar o processo de organização e gestão de uma rede de atenção integrada na área de saúde da mulher do sistema municipal de saúde.

Cabe destacar que não se trata aqui de fazer um estudo ou avaliação sobre o programa cuidados ao pré-natal no município, mas a partir dessa prática de atenção, poder identificar os atributos relativos à **integração** na organização de uma rede de serviços à saúde da mulher.

MATRIZ DE ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER FATORES DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO SUS COMPONENTE – ATENÇÃO PRÉ-NATAL		
Dimensão	Categorias de Análise (Características de uma Rede Integrada de Serviços)	Crerios/Indicadores
POLÍTICA	Implementação da Política Municipal de Saúde da Mulher	Programa Municipal para organização e vinculação do pré-natal, parto, puerpério; Capacitação, atualização e aperfeiçoamento de recursos humanos para qualificação dos processos técnicos e gerenciais. Pólos de Capacitação, Formação e Programa de Educação Permanente para os profissionais da rede;
	Implementação da Política de Humanização no Pré-Natal e Nascimento	Assinatura do Termo de Adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento pelo município; Estratégias de capacitação e de educação permanente adotadas para a humanização e qualificação da atenção obstétrica e neonatal.
	Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Relatório de gestão da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
	Implantação de uma Política para priorização de investimento nos recursos assistenciais e readequação da rede de serviços;	Programa de investimentos, distribuídos: a) Nos pontos de atenção (atenção básica, especializada ambulatorial e hospitalar, de urgência e emergência) dando prioridade para a adequação da capacidade instalada de serviços de saúde e do parque tecnológico, com aprimoramento dos sistemas logísticos de suporte à rede, objetivando aumentar a eficiência (alocativa, produtiva e de escala) do SUS; b) Para o desenvolvimento de recursos humanos e implementação de novos processos e tecnologias de gestão; c) Incorporação de equipamentos médicos e não-médicos, mobiliário, veículos, aparelhos de comunicação (telefones e equivalentes), aluguéis e reformas de área física;

Quadro 3 – Matriz de análise dos fatores de integração da Rede de Atenção à saúde da Mulher, componente Atenção ao Pré-natal, Recife, 2010. (continua)

Fonte: Adaptado de "Integralidade na gestão de sistemas municipais de saúde: critérios de Avaliação" (GIOVANELLA et al., 2002).

MATRIZ DE ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER			
FATORES DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO SUS			
COMPONENTE – ATENÇÃO PRÉ-NATAL			
Dimensão	Categorias de Análise	CrITÉRIOS/Indicadores	
GESTÃO	Interlocação intra e intersetorial;	Grupo Técnico na área de Saúde da Mulher (interlocação entre gestão e gerência); Conselho de gestão;	
		Espaços de interlocação entre as diversas áreas da saúde (intra-setorialidade); Ex: Fóruns, Colegiados, Oficinas;	
		Espaços de interlocação entre as diversas áreas da gestão (inter-setorialidade); Ex: Fóruns, Colegiados, Oficinas, Workshops, Câmaras intersetoriais de políticas sociais, grupos executivos, grupo de trabalho, núcleos gerenciais regionais; Parcerias com órgãos de defesa da saúde da mulher, dos direitos reprodutivos e sexuais;	
	Planejamento em Saúde;	Planejamento/Estratégia para a Governança regional através de instrumentos de gestão da rede: a) Plano Diretor de Regionalização – PDR; b) Programação Pactuada Integrada – PPI; c) Plano Diretor de Investimento – PDI; d) Programação de Ações Prioritárias (PAP) da vigilância em saúde; e) Pacto pela Vida; f) Termo de Compromisso de Gestão;	
		Elaboração e implementação de Planos Municipais de Saúde; Elaboração de Relatórios Municipais de Gestão em Saúde;	
		Plano Estratégico na área da Saúde da Mulher; a) Diagnóstico da rede de atenção à saúde da mulher: população usuária e estrutura operacional; b) Definição do modelo de atenção à saúde; c) Construção de Territórios Sanitários;	
	Instituição e aprimoramento mecanismos de Gestão de Rede no Território, fortalecendo a regionalização, a regulação do acesso, e responsabilização dos gestores;	Ações de Saúde Pública	Planos e ações em desenvolvimento em: a) Vigilância Sanitária, b) Vigilância Epidemiológica, - Vigilância do óbito materno e infantil c) Vigilância Ambiental, d) Vigilância do Trabalhador, e) Serviços existentes e ações ofertadas, segundo pactuação;
			Atenção Especializada e Hospitalar
		Capacidade instalada e potencial: Levantamento da suficiência dos profissionais especializados (ginecologistas, cardiologistas/ endocrinologistas/ infectologistas, etc.), dos tipos de equipamentos de saúde, dos procedimentos ofertados na rede própria e complementar, dos tipos de leitos, evolução da cobertura populacional, produção ambulatorial e hospitalar;	
		Levantamento da demanda reprimida e identificação de vazios assistenciais;	
		Levantamento da programação assistencial físico-orçamentária;	
		Atenção Básica	Modelo adotado: (PSF exclusivo, híbrido, tradicional exclusivo), adequação do número de unidades e da distribuição geográfica;
Levantamento da oferta e necessidades de serviços de acordo com a população adscrita;			
Levantamento da capacidade instalada e potencial: de equipes de saúde da família, de equipamentos de saúde, de consultas e exames ofertados na rede própria e complementar, evolução da cobertura populacional, produção ambulatorial;			
Levantamento da demanda reprimida e identificação de vazios assistenciais;			
		Levantamento de ações programáticas;	

Quadro 3 – Matriz de análise dos fatores de integração da Rede de Atenção à saúde da Mulher, componente Atenção Pré-natal, Recife, 2010. (continua)

Fonte: Adaptado de "Integralidade na gestão de sistemas municipais de saúde: critérios de Avaliação" (GIOVANELLA et al., 2002).

MATRIZ DE ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER FATORES DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO SUS COMPONENTE – ATENÇÃO PRÉ-NATAL		
Dimensão	Categorias de Análise (Características de uma Rede Integrada de Serviços)	CrITÉrios/Indicadores
ORGANIZAÇÃO	Desenvolvimento e implantação de: a) mecanismos de controle social b) mecanismos de escuta da usuária nos serviços (ouvidoria em saúde); c) modelos de compra e contratualização de serviços (definição de regras contratuais/ metas quantitativas e qualitativas pactuadas); d) sistema de referência e contra-referência para organização das redes de atenção à saúde na perspectiva das linhas de cuidado, pré-definidas, para a continuidade do cuidado; e) sistemas de acompanhamento e avaliação; f) sistemas de custos e financiamento; g) sistemas gerenciais, com qualificação dos processos administrativos, de logística e apoio; h) gestão da informação e da qualidade	Composição, organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; Realização de Conferências Municipais de Saúde;
		Relatório das manifestações (reclamações, elogios, denúncias e solicitações) relativas aos serviços da rede de saúde da mulher; Relatório de acompanhamento dos Contratos, Convênios e Termos de Compromissos dos serviços da rede própria e complementar; Organização da rede através da implantação de mecanismos de referência e contra-referência para assegurar o atendimento integral à mulher e à criança: a) Definição de missão institucional, unidades componentes, resolutividade e nível de atenção; b) Estabelecimento das funções e responsabilidades das unidades funcionais/ pontos de atenção e dos atores envolvidos na produção de saúde; c) Definição e qualificação dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de apoio à rede: assistência farmacêutica, laboratórios de análises clínicas e central de diagnóstico por imagem; d) Definição e qualificação dos sistemas logísticos da rede: telecomunicações, centrais de regulação, transporte sanitário (garantia do acolhimento e permanência da gestante em condições de assistência até a transferência em transporte seguro), sistemas de informação; e) Estabelecimento dos fluxos assistenciais de referência e contra-referência baseados em linhas de cuidados, a partir da estratificação e classificação de risco; f) Construção de Protocolos (Clínico e de Acesso) pactuados em todas as unidades com definição de parâmetros para encaminhamento de pacientes entre os diferentes níveis de atenção em cada Linha de Cuidado; g) Desenvolvimento e implementação de estratégias e protocolos de boas práticas na atenção obstétrica e neonatal, baseadas em evidências – humanização da atenção ao parto e nascimento e ao abortamento; h) Implantação de Central de Regulação (Sistema de acesso regulado das consultas e exames especializados, leitos e internações hospitalares e da rede de urgência e emergência) com sistema de acompanhamento e avaliação: Monitoramento do tempo de espera para marcação e realização de consultas, exames e internação; Monitoramento e implantação de mecanismos de redução de fila de espera; Monitoramento da demanda espontânea e reprimida por especialidade e exames; Monitoramento da qualidade dos resultados de exames com registro de resultados insatisfatórios/solicitação de repetição de exames; Monitoramento do tempo médio de retorno dos resultados dos exames; Monitoramento do tempo médio da consulta na unidade; Controle e mapeamento dos fluxos de usuárias nas linhas-guias definidas e pactuadas;
	Utilização das ferramentas/ dispositivos de Gestão de Rede na organização do território sanitário, fortalecendo a regionalização, a regulação do acesso, responsabilização dos gestores e a participação social;	

		<p>Monitoramento e avaliação do desempenho do sistema de atenção obstétrica e neonatal e dos resultados alcançados através de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Acompanhamento sistemático de indicadores quantitativos: <ul style="list-style-type: none"> Indicadores operacionais → através dos Sistemas de informação do SUS (SIA/SIH/SIAB/SIS-PRENATAL); Indicadores epidemiológicos → de morbi-mortalidade materna e neonatal através dos Sistemas de Informação do SUS (SINAN/SIM/SINASC); Avaliação de Indicadores qualitativos: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação de acessibilidade aos serviços de saúde e satisfação do usuário, reuniões de setor; Implantação de Comitê de Mortalidade Materna e Infantil; Avaliação realizada pela equipe de Auditoria e acompanhamento realizado pela equipe de Supervisão nas unidades de saúde;
		<p>Monitoramento dos custos envolvidos na oferta de serviços; Definição de mecanismos de pagamento inovadores;</p>
		<p>Definição de responsabilidades gestoras, de critérios e mecanismos de certificação das unidades componentes e desenvolvimento de sistemas de informação gerenciais;</p>
		<p>Utilização e acesso das mesmas informações das usuárias nos diversos níveis de atenção através de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Implantação do Cadastro único das usuárias (Sistema de identificação dos usuários da rede SUS); Implantação do Prontuário eletrônico; Sistema de alertas e feedbacks (Informações em tempo hábil e oportuno na rede);

Quadro 3 – Matriz de análise dos fatores de integração da Rede de Atenção à saúde da Mulher, componente Atenção Pré-natal, Recife, 2010. (continua)

Fonte: Adaptado de "Integralidade na gestão de sistemas municipais de saúde: critérios de Avaliação" (GIOVANELLA et al., 2002).

MATRIZ DE ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER FATORES DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO SUS COMPONENTE – ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL			
Dimensão	Categorias de Análise (Características de uma Rede Integrada de Serviços)	CrITÉRIOS/Indicadores	
CUIDADO	Utilização das ferramentas/dispositivos da Gestão da Clínica e de Coordenação do Cuidado: Relativas à construção da autonomia e do autocuidado das usuárias; Singularizar o cuidado das usuárias; aumento da resolutividade dos serviços; Melhoria do acesso e Continuidade da assistência em articulação com outros níveis de densidade tecnológica (inclui a articulação profissional/ equipe, entre outras equipes e o compartilhamento de informações sobre o paciente)	Autocuidado apoiado Ex: Clínica Ampliada;	
		Estratégias de Acolhimento nas unidades Ex: HumanizaSUS – Aumenta a percepção das usuárias sobre o sistema, acesso aos diferentes níveis de atenção, vínculo com os serviços, atendimento oportuno, grau de satisfação. Se operacionaliza através do acolhimento em ambiente adequado, por classificação de risco e vulnerabilidade social, tratamento humanizado, ações educativas e de empoderamento das usuárias, articulação com organizações comunitárias, etc;	
		Discussão de casos entre os profissionais da rede básica e da rede especializada de serviços Ex: Matriciamento;	
		Discussão de casos e condutas terapêuticas entre os profissionais: Plano de cuidado individual Ex: Projeto Terapêutico Singular;	
		Fóruns discussão/debates da rede;	
		Suporte especializado à Atenção Básica Ex: Núcleo de Apoio à Saúde da Família;	
	Utilização de mecanismos de acesso, de utilização dos serviços e de instrumentos para continuidade informacional	Distrito Sanitário	Regulação do acesso a consultas, exames e internações;
			Alimentação dos sistemas de informação;
			Monitoramento e avaliação dos indicadores sociais e de saúde do território;
		Atenção Básica	Estratificação da população em subpopulações por micro-região (territorialização);
			Implantação do Protocolo clínico e de acesso com fluxos formalizados para acesso aos demais níveis de atenção e definição de unidades de referência;
			Registro e monitoramento: das usuárias com condições de riscos e vulnerabilidade social;
	Atenção Especializada e Hospitalar	Captação precoce da gestante/Sistema de acompanhamento e busca ativa de faltosas no território para realizar o pré-natal através dos profissionais de saúde comunitária;	
		Utilização de Protocolos assistenciais com diretrizes clínicas baseadas em evidência (gestão da clínica); Utilização de ficha de encaminhamento própria com prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos profissionais;	
		Realização de: diagnóstico de gravidez; de consultas de pré-natal e de puerpério; solicitação dos exames laboratoriais preconizados no protocolo; solicitação de exames complementares; utilização de medicamentos padronizados para o pré-natal e aplicação de vacinas; classificação do risco gestacional desde a 1ª consulta; monitoramento das gestantes de alto risco encaminhadas; realização das atividades educativas com informação e orientação em saúde; realização da visita domiciliar;	
			Registro completo do Cartão da Gestante, do prontuário da usuária, das fichas dos sistemas de informação;
			Realização de: confirmação do risco gestacional; consultas de pré-natal de alto risco; exames laboratoriais preconizados no protocolo; exames complementares;
			Realização de parto em leito obstétrico na maternidade do distrito vinculada à unidade da atenção básica.

Quadro 3 – Matriz de análise dos fatores de integração da Rede de Atenção à saúde da Mulher, componente Atenção ao Pré-natal, Recife, 2010. (conclusão)

Fonte: Adaptado de "Integralidade na gestão de sistemas municipais de saúde: critérios de Avaliação" (GIOVANELLA et al., 2002).

4.6.1 Técnicas e procedimentos para coleta e análise dos dados

Para a descrição da estrutura da Rede de Atenção à Saúde da Mulher da microrregião 6.2 do DS VI do município de Recife foi realizada uma pesquisa documental buscando resgatar historicamente o processo de construção da Rede de Atenção à Saúde da Mulher no município de Recife, com foco o cuidado pré-natal. Foram explorados também os documentos oficiais existentes sobre a organização da rede assistencial disponíveis na SMS – PCR, Relatório da Diretoria Geral de Regulação sobre o Diagnóstico da Rede de Saúde da Mulher no Distrito Sanitário VI, documentos oficiais da Política Municipal de Saúde da Mulher (fornecido pela Diretoria Geral de Atenção à Saúde), Relatórios da Conferência Municipal de Saúde disponibilizados pela Diretoria Geral de Gestão e Planejamento e legislação vigente pertinente à área de saúde da mulher. Além disso, para a caracterização da rede foram utilizados os dados secundários dos sistemas de informação do DATASUS.

Em relação à legislação vigente foram consideradas as seguintes Portarias Federais:

- a) Portaria GM/MS n.º 4.279 de 30/12/2010 – Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS;
- b) Portaria GM/MS n.º 569 de 01/06/00 – Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN);
- c) Portaria GM/MS n.º 9 de 05/07/00, republicada em 01/09/00 – Define o Termo de Adesão ao PHPN;
- d) Portaria GM/MS n.º 356 de 22/09/00 – Define o Sistema Regulatório e Destinação de Recursos para investimento na rede hospitalar do PHPN;
- e) Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências;

Para descrição dos componentes que caracterizam a organização de uma Rede Integrada de Serviços de Saúde, na perspectiva dos gestores e profissionais no âmbito municipal, foram utilizados os dados primários coletados através de entrevistas semi-estruturadas e formulários semi-abertos, respectivamente.

Para a análise foi realizada a categorização do material colhido gravado com os gestores, nos relatórios e transcrição das entrevistas, organizados através da análise de conteúdo. As experiências dos profissionais de saúde sobre os fatores integrados presentes na rede de serviços foram examinadas com base nos formulários aplicados aos profissionais médicos e enfermeiros lotados nas unidades da microrregião 6.2.

No processo de análise dos dados, foram considerados o embasamento teórico e os objetivos indicados para o desenvolvimento da pesquisa, sendo realizada a partir dos aspectos identificados nas respostas dos participantes às questões das entrevistas e das respostas às perguntas abertas dos formulários, que após seu exame possibilitaram a reunião, a ordenação e a descrição dos dados e seu agrupamento, com a criação de categorias temáticas para a sistematização, análise e interpretação dos resultados.

Segundo Bardin (2004), a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas das comunicações que objetiva a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Todos os dados discursivos (entrevistas e respostas abertas do formulário) foram analisados seguindo uma sequência cronológica de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação (BARDIN, 2004).

A análise seguiu os seguintes passos descritos por Bardin (2004):

- a) Fase pré-análise: após a transcrição das mensagens, foi realizada a leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas que teve como objetivos a organização e a sistematização das idéias iniciais, onde se recorre à leitura flutuante visando à aproximação do pesquisador com o conteúdo das informações dos participantes. Essa aproximação possibilita ao pesquisador imergir-se em impressões (impregnação) e orientações que levem à condução e determinação da análise, permitindo a formulação de hipóteses, que fundamentem a interpretação final;

- b) Fase de exploração do material ou análise: todas as entrevistas foram identificadas numericamente, em seguida o conteúdo foi dividido em unidades de significado e agrupado de acordo com a similaridade apresentada; as unidades de significado foram categorizadas, dando origem aos subtemas, que sofreram nova análise e originaram as categorias finais ou temas propriamente ditos. A análise torna-se um processo de ir e vir constante, que se consolida somente na última fase;
- c) Fase de interpretação dos dados: se busca atingir a interpretação final dos resultados obtidos pelo agrupamento das unidades de significação e dos conteúdos que se consolidam em temas a serem analisados.

Para Bardin (2004), a análise de conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens (quem as emitiu, em que contexto e/ou quais efeitos se pretende causar por meio delas).

A análise dos dados secundários coletados do Sistema de Informação do DATASUS do Ministério da Saúde foi realizada a partir da estatística descritiva. Foi utilizado o programa TABWIN, disponível pelo DATASUS, que permite a tabulação dos dados dos sistemas.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada respeitando-se os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e foi submetida à análise e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM - FIOCRUZ), sendo aprovada segundo o parecer de nº 64/2010, de 03 de novembro de 2010 (Anexo A). A Secretaria de Saúde do Recife autorizou formalmente através de uma Carta de Anuência Institucional.

De acordo com a resolução Nº 196/96 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D e E) dos participantes do estudo, após todos os esclarecimentos necessários.

Dessa forma, os sujeitos selecionados foram apresentados à pesquisadora e convidados a participar do estudo recebendo esclarecimentos sobre os objetivos e finalidades do estudo, bem como liberdade de participação e desistência se assim desejassem. É importante ressaltar que foram garantidos o sigilo e a confidencialidade das informações coletadas na pesquisa, uma vez que foram utilizadas somente para os fins referidos como objetivos da pesquisa, sem qualquer prejuízo para as pessoas envolvidas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora o presente estudo não se constitua em uma pesquisa avaliativa no seu sentido estrito, deve-se reconhecer que as abordagens nesse campo trazem contribuições importantes sobre a implementação de mecanismos de integração para conformação de uma Rede integrada de serviços de saúde.

6.1 A Rede de Atenção à Saúde da Mulher

6.1.1 A Proposta municipal para a Rede de Atenção à Saúde da Mulher – O Cuidado Pré-Natal.

Documentos oficiais analisados apontam que, no âmbito das políticas específicas, há um esforço da Secretaria de Saúde Municipal para a re-organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher, através do Plano Municipal de Saúde do Recife (2006-2009), uma vez que na sua fundamentação identifica uma estrutura desarticulada, com baixa resolubilidade nos níveis de atenção, vazios assistenciais e dificuldades para dar respostas às demandas das usuárias (RECIFE, 2005a).

O Plano Municipal de Saúde do Recife apresenta em seu escopo a proposição para implementar a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Recife, cuja construção teve participação e articulação com os movimentos sociais, com o objetivo de garantir a saúde sexual e reprodutiva das mulheres recifense. A gestão municipal declara formalmente possuir diretrizes para a melhoria da atenção à saúde da mulher, através do atendimento prioritário na atenção básica às principais necessidades dessa população no território sanitário e a integralidade do cuidado (RECIFE, 2005a).

Dentre as diretrizes relativas ao cuidado pré-natal destacam-se: o esforço para a garantia da cobertura de pré-natal e de assistência qualificada às populações

adscritas na atenção básica, a qualificação do atendimento nas unidades de referência para o pré-natal de alto risco, o monitoramento da assistência ao pré-natal, parto, aborto e puerpério nas maternidades municipais e a tentativa de garantir a realização do parto das gestantes do Recife, estabelecendo vínculo com a maternidade de referência, tendo o objetivo central de reduzir da morbimortalidade materna e infantil (RECIFE, 2005a). Coerente com o Relatório de Gestão da Atenção Integral à Saúde da Mulher no Recife, referente ao período de 2001 a 2006 (RECIFE, 2007), onde se encontra elencada, como uma das prioridades de gestão, a redução da mortalidade materna e infantil.

Dessa forma, constatou-se que o trabalho institucional da Secretaria de Saúde do Recife estava voltado para fortalecer as ações com a implantação de novas atividades e serviços, num esforço de estruturação de forma integrada, de serviços especializados de referência, visando facilitar o acesso a partir dos serviços básicos de saúde, em busca de uma assistência integral a saúde da mulher.

Observou que para ampliar a ação, foi elaborado em 2009, um Plano Municipal para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em consonância ao Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, projeto do Ministério da Saúde que teve como fundamento a ampla mobilização de gestores e da sociedade civil na promoção de políticas e ações integradas que promovam a melhoria da saúde materna e infantil. A elaboração desse plano municipal representou uma estratégia conjunta das Coordenações de Saúde da Mulher e de Saúde da Criança e Adolescente da Secretaria de Saúde do Recife, necessária para implementar ações mais eficazes e de maior impacto na redução da morbimortalidade materna e neonatal. Dentre os principais objetivos do plano, relativo ao cuidado pré-natal destaca-se a melhoria da qualidade da assistência pré-natal de baixo e alto risco com redução dos riscos da morbi-mortalidade materna e neonatal durante o ciclo gravídico puerperal.

No que se refere à atenção pré-natal, verificou-se que o Plano Municipal para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal contempla diretrizes como a ampliação e qualificação da assistência ao pré-natal e ao puerpério; o fomento aos estudos e investigações sobre mortalidade materna; humanização e qualificação da

assistência ao parto; e pactuações junto aos distritos sanitários, diretorias de saúde e coordenações de políticas sobre o fluxo de encaminhamentos para o pré-natal de alto risco e demais clínicas especializadas por Distrito Sanitário.

Dessa forma, há um movimento da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife direcionado para a re-organização da rede e fortalecimento da gestão com a finalidade de garantir a atenção integral à saúde da mulher. Para tanto, foram discutidos mecanismos de gestão da rede e do cuidado, com objetivo de coordenar o cuidado, voltados para mudanças dos processos de trabalho dos vários níveis de atenção, a definição dos perfis de cada unidade, a construção de fluxos assistenciais com referência e contra-referência e construção da linha de cuidado da saúde da mulher visando à continuidade da atenção.

Nesse sentido, observou que atualmente há uma proposta da organização de rede de atenção materna no ciclo gravídico e puerperal e infantil em Recife, em processo de discussão através de fóruns perinatais entre os gestores municipais e estaduais. Essa proposta tem a finalidade de definir a nova modelagem da rede de atenção materno-infantil, tendo como método para construção três etapas: o diagnóstico da rede de atenção, definição do modelo de atenção e construção dos territórios sanitários (RECIFE, 2009).

Para tanto, a proposta de organização da rede de atenção materna no ciclo gravídico e puerperal e infantil de Recife contempla as discussões sobre as atribuições e competências de cada ponto de atenção, descritas abaixo:

Para o Domicílio, em relação à visita domiciliar:

- a) Cadastramento das famílias da micro-área;
- b) Realização de visita domiciliar para a família pelo Agente Comunitário de Saúde ou demais membros da equipe de saúde;
- c) Identificação precoce das gestantes, puérperas e crianças para acompanhamento pela equipe de saúde;
- d) Realização de visita de acompanhamento das gestantes, puérperas e crianças da micro-área;

- e) Realização de atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado, etc) das gestantes, puérperas e crianças da micro-área por profissionais da equipe de saúde.

Para as Unidades básicas de saúde, em relação à consulta de pré-natal e puerpério (Figura 6):

- Identificação e inscrição das gestantes residentes no território, no pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre de gravidez;
- Realização das consultas de pré-natal, solicitação os exames laboratoriais, imunização de gestantes e classificação das gestantes por grau de risco, conforme o protocolo;
- Encaminhamento das gestantes de alto risco para o centro de referência microrregional e monitoramento, conforme o protocolo;
- Realização de visitas domiciliares para as gestantes;
- Realização de atividades educativas para a gestante e familiares;
- Realização de consulta puerperal, conforme protocolo;

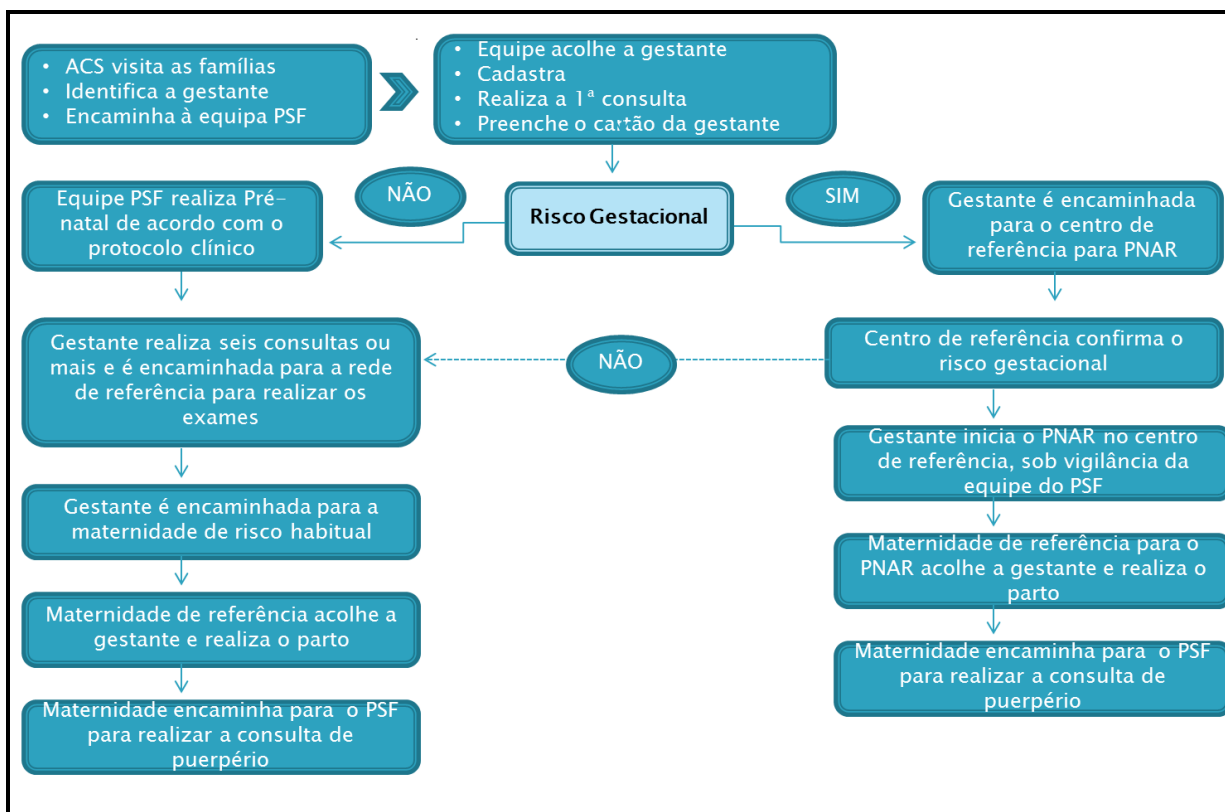


Figura 6 – Proposta de fluxograma de referência e contra-referência, relativo à Atenção Pré-natal para o município de Recife, 2010.

Para as Unidades básicas de saúde, em relação à consulta de puericultura:

- a) Realização de visita domiciliar para os recém-nascidos residentes no território;
- b) Inscrição dos recém-nascidos na puericultura;
- c) Realização das consultas, imunização e classificação das crianças menores de 1 ano por grau de risco, conforme o protocolo;
- d) Encaminhamento e monitoramento das crianças menores de 1 ano de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo;
- e) Realização de visitas domiciliares para as crianças menores de 1 ano;
- f) Realização de atividades educativas para os familiares;

Para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, estes devem apoiar as equipes de saúde da família na resolutividade dos problemas de saúde da gestante e lactente menor de ano. Para o Centro de referência em atenção à mulher e à criança, em relação à consulta de pré-natal e puerpério de alto risco e Interconsulta para crianças de alto risco:

- a) Realização das consultas de pré-natal de alto risco e solicitação dos exames laboratoriais, conforme o protocolo;
- b) Realização das atividades educativas para a gestante de alto risco e familiares;
- c) Realização da consulta puerperal para puérperas de alto risco, conforme protocolo;
- d) Realização das consultas para as crianças menores de 1 ano de alto risco, conforme o protocolo;
- e) Realização de atividades educativas para os familiares;

Para as maternidades municipais, em relação ao internamento e parto:

- a) Realização de internamentos para as gestantes de risco habitual que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas;
- b) Realização de parto para as gestantes de risco habitual;

Para os Hospitais e Maternidades, sob gestão estadual, de referência macrorregional, em relação ao internamento e parto:

- a) Realização de internamentos para as gestantes de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas;
- b) Realização de parto para as gestantes de alto risco;
- c) Realização de internamentos para as crianças de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas.

Para subsidiar a construção da proposta, foi elaborado um diagnóstico da rede de atenção à saúde da mulher e da criança e calculado alguns indicadores de desempenho dos serviços dos seis distritos sanitários. Verificou-se que o Distrito Sanitário VI, especificamente a microrregião 6.2, apresentou um percentual de cobertura populacional de consultas básicas de pré-natal de apenas 20% da população estimada de gestantes.

Para chegar ao valor da cobertura, para o cálculo do numerador, foi levantada a produção ambulatorial das consultas de pré-natal realizadas pelos profissionais médicos e de enfermagem dos estabelecimentos de atenção básica e especializada da microrregião, sendo verificada uma produção de 1.775 consultas. Para o cálculo do denominador, foi considerado uma população de 74.233 habitantes da microrregião, uma população estimada de 1.485 gestantes (considerando que é estimado em 2% a população de gestantes, Portaria Nº 1.097/2006) e calculado o parâmetro de necessidade de consultas básicas de pré-natal (número de gestantes x 6 consultas) de 8.908 consultas para a microrregião estudada.

Para análise da cobertura populacional de consultas de pré-natal especializada da microrregião 6.2, foi calculado o parâmetro de necessidade de consultas (número de gestantes de alto risco x 5) encontrando o quantitativo de 1.000 consultas para a microrregião, considerando que é estimado em 15% a população de gestantes de alto risco. Porém, de acordo com a produção ambulatorial dos profissionais médicos e de enfermagem dos estabelecimentos de atenção básica e especializada, não foi verificado produção dessas consultas, não sendo possível, portanto o cálculo dessa cobertura.

Em relação à consulta puerperal, a qual toda gestante deve realizar ao menos uma consulta após o parto, no período máximo de 45 dias, verificou-se produção ambulatorial registrada de quatro consultas na microrregião. No entanto, para os procedimentos acima citados, deve-se levar em consideração o subregistro ou a ausência de registros dos procedimentos realizados pelos profissionais, levando a uma cobertura irreal e pouco significativa.

Verificou-se que, segundo o diagnóstico da Rede de Atenção à Saúde da Mulher, a rede ainda apresenta déficits na oferta de serviços. Porém, o movimento da gestão municipal e estadual, no sentido de organizar a rede de atenção materna no ciclo gravídico e puerperal e infantil, com a participação de diversos atores, é evidência que caracteriza esforços para melhorar articulação e integração dos serviços na perspectiva da integralidade da atenção.

6.1.2 A Organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher – O Cuidado Pré-Natal.

A rede ambulatorial básica de saúde da cidade do Recife é composta por Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas Tradicionais (Centros de Saúde) que são as principais portas de entrada do sistema. A cidade conta com 247 equipes de saúde da família (ESF) distribuídas em 118 unidades de saúde da família (USF), com cobertura de 58% da população recifense, além das 23 unidades tradicionais que devem estar articuladas a 112 serviços de atenção especializada como Policlínicas, Clínicas de exames e diagnósticos, Centros Especializados, Centros de Atenção Psicossocial, Clínicas de Reabilitação, Maternidades e Hospitais Gerais, etc.

REDE PRÓPRIA	TOTAL
Unidades da saúde da Família	118
Equipes de Saúde da Família	247
Equipes de Saúde Bucal	128
Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	14
Equipes de Núcleos de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI)	2
Equipes de Serviço de Assistência Domiciliar - SAD	12
Equipes de PACS	28
Agentes de Saúde Ambiental	731
Agentes Comunitários de Saúde	1746
Unidades Tradicionais	23
Polos da Academia da Cidade	21
Farmácia da Família	9
Centro de Atenção Psicossocial	18
Albergues terapêuticos	4
Residências Terapêuticas	15
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	6
Policlínica com SPA	4
Policlínica sem SPA	7
Maternidades/policlínica com SPA	2
Maternidades sem SPA	1
Hospital Pediátrico com SPA	2
Unidades Especializadas	8

Quadro 4 – Distribuição dos Estabelecimentos da Rede Municipal de Saúde do Recife, 2010. (continua)

Fonte: Diretoria Geral de Planejamento e Diretoria Geral de Regulação do Sistema/ Secretaria de Saúde do Recife, 2010.

REDE COMPLEMENTAR	TOTAL
Unidades de Diagnóstico e Exames	22
Clínica Oftalmológica	4
Clínica de Reabilitação e Fisioterapia	9
Hospital Psiquiátrico	5
Hospital Geral	5

Quadro 4 – Distribuição dos Estabelecimentos da Rede Municipal de Saúde do Recife, 2010. (conclusão)

Fonte: Diretoria Geral de Planejamento e Diretoria Geral de Regulação do Sistema/ Secretaria de Saúde do Recife, 2010.

Segundo diretrizes da política municipal, as áreas de maior pobreza da cidade são consideradas prioritárias para a implantação de programas como Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Agentes de Saúde Ambiental (ASA), que se caracterizam por uma expansão da cobertura orientada pelo princípio da equidade, o que resulta em ações intensificadas nas áreas de maior risco. A definição das populações que serão cobertas pelas equipes seguiu geralmente o critério de risco: a prioridade é dada às áreas pobres, com baixos índices de saúde e precárias condições de moradia. Essa mudança na oferta de serviços ampliou o acesso e a cobertura de saúde à população, tomando como prioridade as chamadas áreas de risco social com baixos indicadores de saúde e qualidade de vida. Estes programas são estratégias adotadas para ampliar o acesso à atenção básica, mas que também permitem uma reorganização de todo o sistema municipal de saúde, tendo como meta a atenção integral (RECIFE, 2005b).

No que se refere ao Programa de Saúde da Família, a Secretaria de Saúde do Recife utilizou essa estratégia como principal proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde, pois, desde 2001, vem permitindo a construção sistemática de nova lógica sobre a intervenção de saúde nos seis distritos sanitários do Recife, no sentido de ampliar a atenção básica. A Secretaria de Saúde tem investido em programas prioritários, considerando o diagnóstico sobre a saúde do recifense em áreas de maior risco; tem procurado ampliar o pronto atendimento nas unidades e serviços de urgência e emergência e assim, melhorar o acesso aos serviços especializados nas unidades de referência. No entanto, a expansão e implementação dessa proposta, no município, tem encontrado dificuldades, tendo

em vista a complexidade dos contextos sociais, políticos e econômicos que envolvem as famílias residentes nesses territórios (RECIFE, 2003, 2010).

De acordo com diretrizes nacionais, a equipe de saúde da família (ESF) é composta pelos seguintes profissionais: médico/a generalista, enfermeiro/a, auxiliar de enfermagem, dentista, técnico/a de higiene dental, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários/as de saúde da família. A equipe atua em uma área geográfica delimitada e sua população é previamente estabelecida, sendo responsável pela atenção básica à saúde da população (de 2.400 a 4.500 pessoas) adscrita ao território (BRASIL, 2000, 2006b).

A ESF realiza o diagnóstico de saúde da população que atende e planeja as ações a partir dos problemas priorizados. Desenvolve ações no âmbito individual e coletivo, devendo articular-se a outros setores de políticas para junto com a comunidade, intervir nas demandas coletivas por saúde identificadas. Essa aproximação com a comunidade e a ênfase na promoção à saúde são os dois principais fatores que diferenciam esse modelo dos outros de serviços tradicionais de atenção básica.

O programa se propõe a oferecer atenção integral através de ações preventivas, promocionais, tratamento e de recuperação da saúde, buscando articular os diversos recursos e níveis de assistência existentes, integrando-os na atenção ao paciente, evitando a fragmentação do cuidado e a desorientação do paciente na busca dos recursos, estimulando também a autonomia dos pacientes/cidadãos e o auto-cuidado. O programa tende a racionalizar o uso das tecnologias, incorporando-as de forma crítica conforme a necessidade (BRASIL, 2006).

Em Recife, as primeiras equipes foram implantadas em 1998 e em 2000 somavam 27. Desde 2001, esse programa vem sendo expandido gradualmente, substituindo o antigo modelo de postos de saúde. Com isso, houve um significativo aumento na cobertura da atenção básica municipal que passou a contar, em 2009, com 240 Equipes de Saúde da Família e 113 Equipes de Saúde Bucal, distribuídas por 112 unidades do programa. Esses números representam uma cobertura de 54%

da população, o que significa cerca de 840 mil pessoas cobertas. Em 2010, chegou-se a 118 unidades de saúde da família com 247 equipes de saúde cobrindo em torno de 202.428 famílias, ou seja, 748.987 pessoas acompanhadas pelo PSF, atingindo 58% da população (RECIFE, 2005a, 2010)

O DS VI concentra em seu território uma rede assistencial composta por um número elevado de serviços de saúde de diferentes naturezas jurídicas: públicos municipais, estaduais, filantrópicos conveniados e privados prestadores do SUS, estes estabelecimentos ofertam, de acordo com seu perfil, assistência básica e especializada.

A rede de serviços da atenção básica do Distrito VI é composta 34 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas em 77 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 39 Equipes de Saúde Bucal (ESB), com cobertura de 63,7%, além das 06 unidades tradicionais. A rede de atenção especializada conta com 02 Policlínicas (nos bairros do Ibura e do Pina). Na Policlínica Arnaldo Marques, localizada no bairro do Ibura, funciona a parte de ambulatório das especialidades, o serviço de urgência 24 horas e a Maternidade. A Policlínica conta com mais de 50 leitos SUS, possibilitando uma média de 270 internações por mês.

REDE PRÓPRIA	TOTAL
Unidades da saúde da Família	34
Equipes de Saúde da Família	77
Equipes de Saúde Bucal	39
Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	5
Equipes de PACS	5
Agentes de Saúde Ambiental	206
Agentes Comunitários de Saúde	423
Unidades Tradicionais	6
Polos da Academia da Cidade	5
Farmácia da Família	2
Centro de Atenção Psicossocial	3
Albergues terapêuticos	1
Residências Terapêuticas	2
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	1
Policlínica com SPA	1
Policlínica sem SPA	1
Maternidades/policlínica com SPA	1

Quadro 5 – Distribuição dos Estabelecimentos da Rede Própria de Serviços do DS VI, Recife, 2010.

Fonte: Diretoria Geral de Planejamento e Diretoria Geral de Regulação do Sistema/ Secretaria de Saúde do Recife, 2010.

No que se refere à oferta de serviços, o Distrito Sanitário VI é composto por uma variedade de unidades de saúde, que se distribuem da seguinte forma:

ESTABELECIMENTOS ATENÇÃO ESPECIALIZADA	SERVIÇOS
Policlínica do Pina	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas Médicas: Alergologia infantil, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hebiatria, Infectologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia infantil, Urologia, Estomatologia; - Outras Especialidades: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia; - Consultas Odontológicas: Endodontia, Odontopediatria, Periodontia; - Exames Complementares: Colposcopia.
Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas Médicas: Cardiologia, Ginecologia, Mastologia, Neonatologia, Obstetrícia/pré-natal de alto risco, Urologia. - Outras Especialidades: Psicologia, Nutrição; - Consultas Odontológicas: Endodontia, Odontopediatria; - Exames Complementares: Colposcopia.
ESTABELECIMENTOS ATENÇÃO BÁSICA	SERVIÇOS
US 119 Centro de Saúde Prof. José Carneiro Leão	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas Médicas: Clínica médica, Pediatria, Ginecologia, Odontologia.
US 148 Centro de Saúde Dom Miguel de Lima Valverde	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas Médicas: Clínica medica, Pediatria, Ginecologia, Dermatologia, Hebiatria; - Outras Especialidades: Nutrição; - Consultas Odontológicas: Odontologia, Odontopediatria; - Exames Complementares: Colposcopia.
US 126 Centro de Saúde Ver. Romildo Gomes	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas Médicas: Pediatria, Gastroenterologia, Dermatologia, Geriatria; - Outras Especialidades: Nutrição, Psicologia; - Consultas Odontológicas: Dentística, Odontopediatria, Periodontia; - Exames Complementares: Colposcopia
US 137 Centro de Saúde Dr. Djair Brindeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas Médicas: Clínica médica, Pediatria, Ginecologia/ Pré-natal de Alto Risco, Climatério, Alergologia infantil, Odontologia, Odontopediatria.
US 113 Centro de Saúde Dr. Aristarco Azevedo	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas Médicas: Clínica medica, Pediatria, Ginecologia.
US 104 Centro de Saúde Sebastião Ivo Rabelo	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas Médicas: Ginecologia, Pediatria, Pneumologia.

Quadro 6 – Distribuição dos serviços ofertados pelos estabelecimentos da Rede Própria de Serviços da Atenção Especializada e da Atenção Básica (Unidades Tradicionais) do DS VI, Recife, 2010.

Fonte: Diretoria Geral de Regulação do Sistema / Secretaria de Saúde do Recife, 2010.

MICRORREGIÃO	UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA - USF (USF)	Nº DE ESF
MR 6.1	U.S. 173 – USF Dancing Day	1
	U.S. 174 – USF Sítio Grande	3
	U.S. 187 – USF Ilha de Deus	1
	U.S. 268 – USF Cafesópolis	1
	U.S. 269 – USF Boa Viagem/Beira Rio	2
	U.S. 326 – USF Jader de Andrade (comunidade entra apulso)	2
	U.S. 292 – USF Vila do IPSEP	2
	U.S. 296 – USF Coqueiral/Imbiribeira	2
	U.S. 297 – USF Pina	4
	U.S. 316 – USF Brasília Teimosa/ Van Leer	3
	U.S. 342 – USF Djalma Holanda Cavalcante	4
	Subtotal MR 6.1	25
MR 6.2	U.S. 298 – USF Jordão Alto	3
	U.S. 299 – USF Jordão Baixo	3
	U.S. 312 – USF Vila do Sesi	3
	U.S. 317 – USF Alto Bela Vista	1
	U.S. 311 – USF Água Viva	1
	U.S. 314 – USF Rio da Prata	3
	U.S. 346 – USF Alto da Jaqueira	2
	U.S. 351 – USF Paz e Amor	2
	U.S. 373 – USF Cidade Operária	3
	Subtotal MR 6.2	21
MR 6.2	U.S. 172 – USF Três Carneiros	3
	U.S. 228 – USF UR 4/ UR 5 (1ª Etapa)	3
	U.S. 229 – USF UR 10	2
	U.S. 230 – USF Lagoa Encantada	3
	U.S. 250 – USF UR 12/UR 5 (3ª Etapa)	2
	U.S. 267 – USF UR 2 (Jane Magalhães)	2
	U.S. 270 – USF Monte Verde	2
	U.S. 281 – USF Vila dos Milagres	2
	U.S. 282 – USF Vila das Aeromoças	2
	U.S. 289 – USF 27 de Novembro	3
	U.S. 313 – USF Três Carneiro Baixo/Zumbi do Pacheco	3
	U.S. 315 – USF UR -03	1
	U.S. 341 – USF Professor Fernando Figueira (Pantanal)	2
	U.S. 347 – USF Parque do Milagre	1
	Subtotal MR 6.3	31
Total USF – 33		77

Quadro 7 – Distribuição dos Estabelecimentos da Rede Própria de Serviços da Atenção Básica (Programa de Saúde da Família) do DS VI, segundo microrregião, Recife, 2010.

Fonte: Gerencia de Atenção Básica/Diretoria Geral de Atenção à Saúde, Dezembro de 2010 / Secretaria de Saúde do Recife, 2010.

O mapa (Figura 7) mostra a localização das unidades da atenção básica e da atenção especializada da Rede de Saúde do Distrito Sanitário VI de Recife, em que se percebe um maior número de Unidades na microrregião 6.1.

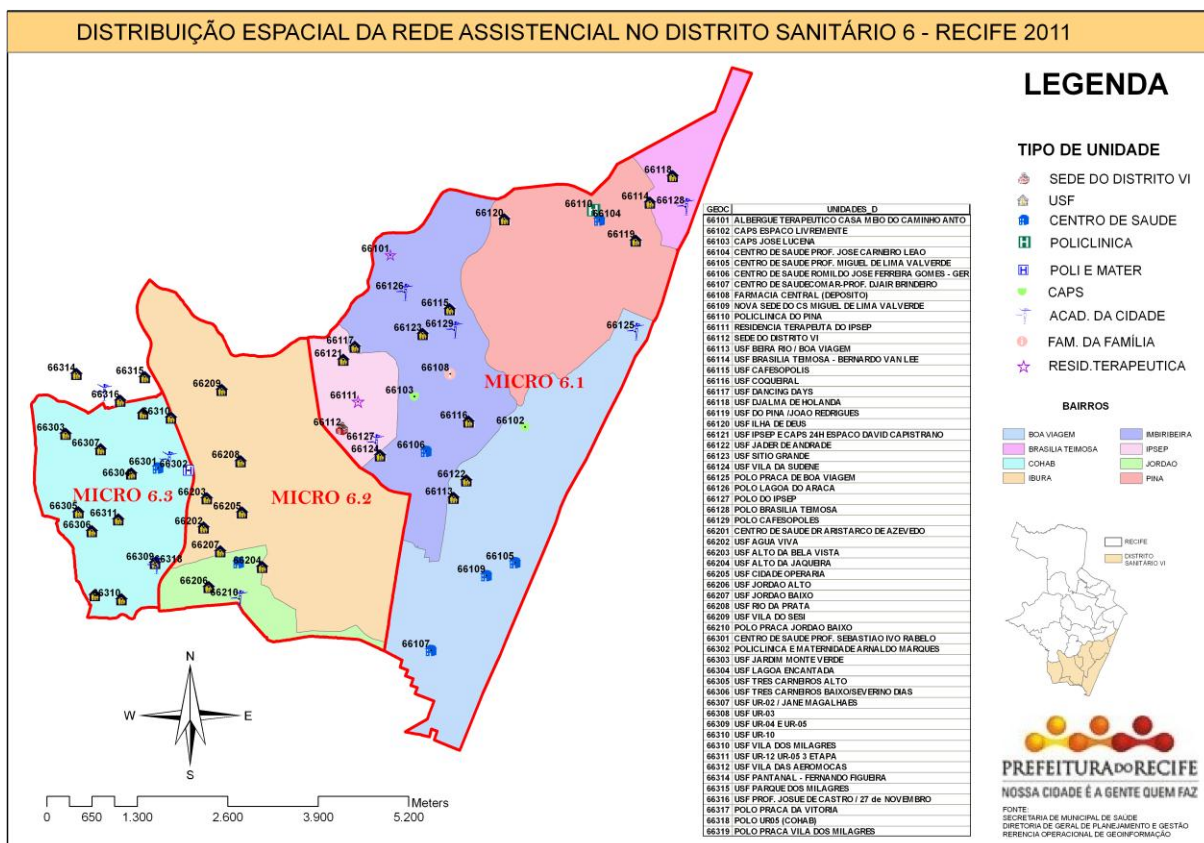


Figura 7 – Distribuição espacial dos estabelecimentos da rede própria de serviços da atenção básica e especializada do DS VI, Recife, 2011.

Fonte: Diretoria Geral de Regulação do Sistema/ Secretaria de Saúde do Recife, 2011.

Em relação à organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher, o Distrito Sanitário VI é composto por Unidades de Saúde da Família, Unidades Tradicionais, Policlínica e a Maternidade. A atenção básica, composta pelas unidades de saúde da família e unidades tradicionais, oferta consultas de pré-natal de risco habitual, planejamento reprodutivo, exame de Papanicolau (exame citopatológico para a prevenção do câncer de colo de útero), orientações para o câncer de mama, assistência à mulher no climatério, divulgação de informações sobre métodos contraceptivos, etc (RECIFE, 2010).

A usuária tem como porta de entrada preferencial a atenção básica a partir das unidades do Programa de Saúde da Família, no entanto, como citado abaixo, o

Distrito ainda não possui a cobertura do PSF em todas suas áreas, deixando muitas gestantes descobertas de assistência.

Expandiu-se o Programa de Saúde da Família no distrito, porém não se expandiu tanto, pois ainda temos muitas áreas descobertas no distrito **(Entrevista Gestor – E4)**.

As unidades básicas tradicionais, as quais são chamadas também de centros de saúde e/ou unidades básicas de saúde, atuam também como porta de entrada da atenção básica. Elas possuem algumas especialidades nas clínicas básicas como: ginecologia, pediatria, clínica médica e algumas unidades também possuem odontologia, podendo também atuar como referência para as unidades de saúde da família.

Segundo Escorel et al. (2007) a redefinição dos papéis das especialidades das clínicas básicas expressa a criação de um segundo nível da atenção básica, podendo ser uma alternativa para o aumento de cobertura da atenção básica e da resolutividade dos casos através da interconsulta com os profissionais do PSF, proporcionando assim uma maior integração da rede de serviços.

Nas unidades tradicionais, os médicos ginecologistas ou ginecologistas obstetras, atendem a demanda espontânea de gestantes da área descoberta de PSF para a realização das consultas de pré-natal de baixo risco e atendem também as gestantes referenciadas pelas unidades de saúde da família para o atendimento de pré-natal de alto risco. No entanto, segundo os entrevistados, em algumas unidades tradicionais foi relatado que o profissional médico se recusa a realizar as consultas do pré-natal de baixo e de alto risco, deixando o território descoberto para estes procedimentos, como descrito abaixo:

[...] fica a critério do profissional a realização do pré-natal de alto risco, pois a gente tem na microrregião 6.2, na Unidade [...], dois ginecologistas que se negam a fazer **(Entrevista Gestor – E7)**.

Então vai ter clínico que faz (consulta de pré-natal) e tem clínico que não faz, até tem caso que a gente vê de enfermeira que não faz [...], e tem centro de saúde que o ginecologista só faz a parte de doença sexualmente transmissível, problemas ligados à própria ginecologia, não atendendo casos ligados à obstetrícia, digamos assim **(Entrevista Gestor – E3)**.

[...] alguns ginecologistas que mesmo fazendo especialização para atuar como ginecologista-obstetra atuam só fazendo a parte de ginecologia, não atendendo gestantes, o que já é uma coisa que reflete aquilo que te falei, de todos os vínculos que eles já tiveram, do que estavam adaptados a fazer, do que já vinham de longa data fazendo **(Entrevista Gestor – E4)**.

Aqui na unidade o médico não faz pré-natal, só quem faz é a enfermeira [...] **(Profissional de Saúde - USF)**.

Em relação à atenção pré-natal formal das Unidades de Saúde da Família, estas são o ponto de atenção estratégicos, funcionando, na maioria dos casos, como a porta de entrada da gestante para o sistema de saúde, tendo como atributos: garantir a acessibilidade, responsabilizando-se pelos problemas de saúde das gestantes do seu território e o monitoramento das mesmas.

As ESF são programadas para executar as ações estratégicas para a gestante e puérperas como: realização do diagnóstico de gravidez; captação precoce da gestante; realização de consultas médicas e de enfermagem de pré-natal e de puerpério; solicitação dos exames laboratoriais preconizados no protocolo; solicitação de exames complementares; prescrição dos medicamentos básicos; indicação de vacinação; classificação do risco gestacional na 1ª consulta; monitoramento das gestantes de alto risco; realização das atividades educativas com informação e orientação em saúde; realização da visita domiciliar; registro do Cartão da Gestante e do prontuário da usuária; registro das informações nas fichas dos sistemas de informação.

Segundo o manual técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) as consultas devem ser realizadas uma vez por mês até o sétimo mês, a partir daí, as consultas devem ser a cada duas semanas devido à aproximação do parto, e nos casos de gravidez de risco o intervalo entre as consultas deve ser bem menor, sendo geralmente semanais. Da mesma forma, as consultas de pré-natal devem ser realizadas por profissionais médicos e de enfermagem. É preconizado que as gestantes passam por duas consultas médicas de rotina, sendo uma no início da gravidez, não necessariamente a primeira consulta, e outra no final da gravidez, próxima da 32ª semana de gestação. Além disso, se durante o pré-natal for iden-

tificado algum risco, a gestante é imediatamente direcionada para a consulta médica ou para um serviço de maior complexidade, dependendo do risco gestacional.

Sob esse aspecto, alguns profissionais e gestores relataram que as enfermeiras são as principais responsáveis pela coordenação das ações de saúde da mulher, principalmente o acompanhamento de pré-natal, uma vez que realizam com mais frequência e facilidade os atendimentos às gestantes.

O pré-natal é realizado pela enfermeira aqui na USF, o médico atende quando se tem alguma dúvida ou quando a gestante tem alguma intercorrência [...] (**Profissional de Saúde - USF**).

[...] a enfermeira, faz o citopatológico, faz as atividades educativas, faz também o pré-natal, é geralmente a enfermeira que faz o atendimento da mulher (**Entrevista Gestor – E7**).

Era pra ser como estabelece o Ministério da Saúde: a segunda e a última consulta de pré-natal com o profissional médico e as demais consultas com a enfermeira, mas, em relação a isso, em geral, a enfermeira termina fazendo todas, só quando tem uma dúvida ou outra o médico entra (**Profissional de Saúde - USF**).

É importante destacar que há uma ausência de padronização na dinâmica das consultas médicas e de enfermagem, merecendo uma reflexão a respeito da assistência prestada na atenção básica. Segundo o Ministério da Saúde, o acompanhamento pré-natal deve ser realizado de forma intercalada com adoção da prática de interconsulta, embasados pelo protocolo, em uma perspectiva do trabalho em equipe (BRASIL, 2006a). E de acordo com o manual de normas técnicas para a assistência pré-natal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), deve-se ter a compreensão de que consultas médicas e de enfermagem não se sobrepõem, sendo uma ação integrada e complementar dos profissionais, princípio do trabalho em equipe previsto no PSF.

Quanto à realização das consultas médicas acontecerem somente mediante os encaminhamentos advindos das consultas de enfermagem relativos a dúvidas ou intercorrência na gestação, que pode parecer uma estratégia de otimização do trabalho médico. Entretanto, a abordagem da consulta de enfermagem, embasada no diagnóstico de enfermagem, é bem distinta da consulta médica, cujo diagnóstico médico, decorrente do julgamento de um conjunto de sinais e sintomas, que

determinam uma patologia, é inerente ao profissional médico. Consequentemente, a consulta de enfermagem não substitui a consulta médica e vice-versa, tendo que se considerar também a importância e a necessidade da atuação do médico no acompanhamento das gestantes.

As enfermeiras da ESF também realizam com mais frequência, segundo os entrevistados, as intervenções para os grupos de usuárias, geralmente palestras ou rodas de conversa. São realizadas atividades de educação em saúde para as gestantes através de: discussões em grupo, dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências e palestras para orientações e informações em saúde.

É importante destacar que o foco na gestante como um dos alvos prioritários das ações educativas em grupo está ancorado na forte preocupação da ESF com a mortalidade neonatal e infantil. A realização de tais atividades em grupo tem como objetivo viabilizar, para um grande número de mulheres ao mesmo tempo, informações sobre o período gestacional e o cuidado com a criança que nem sempre conseguiriam ser fornecidas durante os momentos de exames e consultas, favorecendo assim, um melhor vínculo e acompanhamento da gestação para um parto mais saudável.

Segundo as informações coletadas, as USF realizam uma média de seis consultas de pré-natal de baixo risco ou de risco habitual por semana, sendo marcadas geralmente em dois turnos semanais. As consultas de pré-natal são marcadas de duas formas: por demanda espontânea pelas as gestantes na unidade ou quando na visita domiciliar, o Agente Comunitário de Saúde faz a captação na comunidade, a partir da suspeita da gravidez, marcando assim a primeira consulta, tendo no final da mesma a marcação das consultas subsequentes.

As consultas (de pré-natal) são marcadas por demanda espontânea e por encaminhamento de ACS (**Profissional de Saúde - USF**).

Segundo os profissionais, medidas têm sido tomadas por algumas USF na perspectiva de aumentar a captação de gestantes na comunidade e de garantir o acompanhamento do pré-natal. Dentre as medidas, se destacam: a priorização do

atendimento às gestantes, a garantia de agendamento das consultas subsequentes e a busca ativa de faltosas na comunidade.

A busca ativa é realizada pelo ACS, mas a enfermeira e a médica também fazem essa busca na comunidade, quando faz visita domiciliar (**Profissional de Saúde - USF**).

As ACS sempre que fazem visita domiciliar perguntam pela data de última menstruação em busca de possíveis gestantes na comunidade. Não tem quase nenhum problema com falta de gestantes na consulta de pré-natal, mas quando acontece de faltar, entramos logo em contato com elas e fazemos o atendimento na mesma semana (**Profissional de Saúde - USF**).

A estratégia de captação da gestante na visita domiciliar, realizada principalmente pelos agentes comunitários, é de extrema valia para o sucesso do acompanhamento do pré-natal na área de abrangência na qual estão inseridos, devido ao contato direto que têm com a comunidade. Tendo em vista que de acordo com Schimer et al. (2000), é necessário a identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e que o pronto início do acompanhamento do pré-natal se realize ainda no 1º trimestre da gravidez, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas.

Além disso, o início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção. Nesse sentido, a visita domiciliar pode reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade básica de saúde quando esta possui um caráter integral e abrangente sobre a família e o seu contexto social.

Em relação à existência de demanda reprimida de gestantes, os profissionais não relataram existência dessa problemática, fato que demanda um aprofundamento do estudo tendo em vista a baixa cobertura observada. Isso poderia estar associado tanto ao esforço e eficiência do trabalho dessas equipes na comunidade, quanto a uma priorização do atendimento dessa população-alvo dentro das ações do PSF.

A equipe de saúde da família tem a responsabilidade formal de acolher todas as gestantes de seu território de abrangência e realizar o acompanhamento

periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas, visando assegurar o seguimento da gestante durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos, acompanhando-a tanto na unidade de saúde, como em seu domicílio e por meio de reuniões comunitárias.

Como exposto acima, as ações da equipe de saúde da família devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materna e perinatal. Para que tais práticas sejam desenvolvidas na assistência pré-natal, é necessário: recursos humanos que possam acompanhar a gestante segundo os princípios técnicos da assistência integral à saúde da mulher, no seu contexto familiar e social; área física adequada para atendimento à gestante e familiares, com condições adequadas de higiene e ventilação, com quantidade suficiente de salas para prover privacidade nas consultas e exames clínicos ou ginecológicos; equipamento e instrumental mínimos; apoio laboratorial, garantindo a realização dos seguintes exames laboratoriais de rotina:

- a) Hemograma completo para detectar diabetes, sífilis, anemia e alterações sanguíneas, é obrigatório para gestantes, solicitado entre 1ª e 8ª semana;
- b) Hepatite B para identificar o vírus e evitar a transmissão do vírus ao feto;
- c) Grupo Sanguíneo e Fator RH para verificar a incompatibilidade sanguínea entre a mãe e a criança, e quando confirmado essa incompatibilidade é feito um tratamento na 28ª semana de gestação;
- d) Exames de Urina para detectar infecções e presença de proteína na urina, e quando constatada a infecção, a gestante deve ser tratada para que não venha a sofrer nenhuma complicação, como uma infecção generalizada, aborto, parto prematuro;
- e) Preventivo de Câncer de Colo do Útero (Papanicolau);
- f) Oferta de teste anti-HIV para identificar o vírus da aids e quando constatado o HIV na fase inicial da gestação é possível um tratamento medicamentoso durante a gestação, segundo diretrizes do Ministério

da Saúde, durante o parto e no recém-nascido, o que reduz consideravelmente a transmissão desse vírus ao feto;

- g) Exame de Toxoplasmose (doença causada por um protozoário, transmitida pela contaminação de alimentos mal-cozidos e infectado pelas fezes ou urina de gato). Durante a gestação o parasita pode alcançar a placenta comprometendo o desenvolvimento do feto no útero (BRASIL, 2000b).

Segundo Tanaka (1995), alguns estudos evidenciaram dificuldades na realização do acompanhamento do pré-natal pela atenção básica, uma vez que os profissionais ainda se deparam com problemas relativos à infra-estrutura, aos recursos humanos, materiais, a falta de medicamentos, demora na marcação e realização de exames.

As principais dificuldades relatadas pelos profissionais foram: dificuldades no espaço físico, como por exemplo, número insuficiente de consultórios para as equipes da unidade; falta de material/equipamento para consulta, equipamento quebrado (ex: sonar, tensiômetro); demora no retorno dos exames para a unidade (alguns exames como o teste de HIV e VDRL que demoram até mais de um mês para retornar à unidade); baixa qualidade dos exames (problemas de interpretação dos exames); insuficiente cota regulada de exames ofertada pelos prestadores contratados.

Falta de material, por exemplo, não tem fita métrica, nem tem disco. Em relação à estrutura física, não tem consultório suficiente para as equipes **(Profissional de Saúde - USF)**.

O (exame) HIV demora quase um mês em média para chegar, solicito o mais cedo possível para poder dar tempo de chegar. Outros exames demoram também, e às vezes, pergunto se a gestante pode fazer o exame em algum lugar particular para que cheguem com menos tempo **(Profissional de Saúde - USF)**.

Em relação aos exames laboratoriais, foram relatados, pelos profissionais, como exames frequentemente solicitados na unidade: grupo sanguíneo, fator Rh, hemograma, VDRL, exame de urina, parasitológico de fezes, glicemia em jejum, toxoplasmose e teste anti-HIV. Embora a lista de exames de rotina a serem

solicitados no pré-natal seja padronizada pelo município, não houve homogeneidade nas respostas.

Em relação ao exame de ultra-sonografia obstétrica, os profissionais referem que enfrentam dificuldades para obtê-lo, tendo em vista que existe obstáculos para marcar e realizar o exame o que prejudica o trabalho do profissional. Em alguns casos a demora é muito acentuada, além disso, referem problemas para interpretação do exame, pois relatam que a qualidade do exame do prestador é baixa.

A dificuldade é a demora do resultado que passa mais de um mês para chegar (**Profissional de Saúde - USF**).

A dificuldade não é em usar a cota de USG, a dificuldade está na qualidade do exame, que é péssima (**Profissional de Saúde - USF**).

Segundo o manual técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) a ultra-sonografia deve ser solicitada apenas em dois momentos durante a gestação, um no primeiro trimestre da gravidez entre 11^a e 13^a semana para avaliar melhor a idade gestacional, e outro no segundo trimestre entre 18^a e a 20^a semana, para avaliar a presença de má formação. Nos casos em que há gravidez de risco, pode ser solicitado exames adicionais de ultra-sonografia, já que se torna necessário um monitoramento mais cuidadoso.

Outro aspecto considerado como dificuldade é o registro das informações obtidas no pré-natal e do seu acesso aos profissionais que atendem as grávidas em nível hospitalar. Os profissionais relataram que registram algumas informações referentes ao pré-natal e que este registro na maioria das vezes é realizado pelo profissional de enfermagem, porém declararam dificuldades no preenchimento das informações em tempo hábil. E na maternidade, os profissionais se queixam da falta de informações registradas pelos profissionais nas consultas de pré-natal.

Para Tanaka (1995), a falta de integração entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde é crucial, uma vez que, mesmo nos casos em que há acompanhamento pré-natal considerado adequado, com ou sem doenças associadas, as informações referentes a esse período frequentemente não são disponibilizadas para o profissional que presta assistência no hospital, o que

promove uma ruptura da história gestacional da parturiente, fragilizando assim todas as ações realizadas até o momento do nascimento.

Os gestores destacam que o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra-referência, deve ser garantido através da utilização do cartão da gestante (instrumento de registro dos principais dados de acompanhamento da gestação, os quais são importantes para a referência e contra-referência); ficha perinatal (instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade, que deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério); e mapa de registro diário (instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal, que deve conter as informações mínimas necessárias de cada consulta prestada).

A coordenação pode ser facilitada pelo aprimoramento da coleta e disseminação das informações sobre pacientes e prestadores e pela ampla utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação.

Em relação à rotina de avaliação permanente da assistência pré-natal com vistas à identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como o desempenho dos serviços da rede, não foi referida prática sistemática de análise dos encaminhamentos para a atenção especializada realizada pelas equipes de saúde da família, uma vez que esse processo pode melhorar a qualificação das referências e promover utilização mais racional dos recursos especializados. No entanto, foi relatada pelos gestores a avaliação sistemática de indicadores de resultado como os indicadores de morbi-mortalidade materna e perinatal, bem como indicadores de processo.

Em relação à classificação das gestantes de risco, foram relatadas dificuldades na classificação, uma vez que esta é baseada em critérios preconizados pelos protocolos do município e do Ministério da Saúde. O protocolo clínico municipal relativo ao cuidado pré-natal foi construído pela Secretaria de Saúde do Recife em consonância com as diretrizes da PHPN, este define as responsabilidades e condutas clínicas de cada profissional da rede, quantidade de consultas para as gestantes, os exames a serem solicitados no período gestacional e critérios de risco

gestacional. No entanto, os profissionais relataram que não tem acesso ao protocolo municipal e que utilizam os conhecimentos adquiridos nas capacitações ou na formação acadêmica. Em algumas unidades foi relatado o uso do protocolo do Ministério da Saúde.

A definição de gestante de alto risco é feita de acordo com os conhecimentos adquiridos na formação do profissional [...] não existe uma padronização na unidade para essa classificação, cada profissional faz do jeito que aprendeu, não há protocolo na unidade **(Profissional de Saúde - USF)**.

Segundo Buchabqui, Capp e Ferreira (2006), a classificação das gestantes de alto e baixo risco faz com que a equipe de saúde disponha de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada. Ao classificar a gestante em alto ou risco habitual, a equipe pode fornecer cuidados de acordo com as necessidades, resolvendo alguns casos e encaminhando de forma qualificada os grupos de alto risco que geralmente requerem técnicas mais especializadas.

Os autores destacam que o risco gestacional deve ser constantemente avaliado no acompanhamento do pré-natal, para isso os profissionais devem ter sensibilidade diagnóstica no nível básico para propor encaminhamentos adequados através da rede de serviços por meio do sistema de referência e contra-referência. Tendo em vista que os encaminhamentos inadequados para as unidades de referência com densidade tecnológica incompatível para determinados casos pode gerar perda ou postergação de atendimentos necessários com sérias consequências para os resultados neonatais, uma vez que há competição pelo atendimento nesses locais. Há necessidade de criação de um patamar interno de comunicação e a unificação de critérios entre os níveis primário e secundário de cuidados.

O (pré-natal de) alto risco tem alguns problemas: o primeiro problema é a dúvida dos profissionais em relação ao que é realmente Alto Risco e o que não é. Então, se a gente partir da Atenção Básica, tem alguns profissionais que encaminham a mulher para um hospital porque a mulher é adolescente e outros não encaminham **(Entrevista Gestor – E1)**.

Segundo Tanaka (1995) as dificuldades para o acompanhamento pré-natal podem ser amenizadas quando, além de boas condições de trabalho, a rede de média e alta complexidade do sistema de saúde é operante e integrada à atenção

básica, podendo assim melhorar consideravelmente o acesso da gestante e a resolutividade dos serviços.

A rede de média complexidade ou atenção especializada, composta pelas policlínicas e unidades especializadas, oferta consultas e exames especializados de suporte. De acordo com a Agenda da Saúde da Mulher (RECIFE, 2008) existem referências instituídas em cada distrito, e em alguns casos a referência é de cobertura municipal. Contudo, segundo os entrevistados, neste nível de atenção não houve a mesma expansão da oferta de serviços ocorrida na atenção básica, ocorrendo verdadeiros bloqueios no acesso.

[...] expandiu muito pouco a média complexidade e todo o suporte de exames de diagnóstico (**Entrevista Gestor – E5**).

A gestão da Regulação Municipal vem montando, junto aos Distritos, estratégias para a formalização e organização dos fluxos assistências de casa microrregião para garantir o acesso às consultas e exames especializados. Uma das estratégias é a implantação de centrais de regulação locais nas unidades de referência, como por exemplo, nas policlínicas com o objetivo de organizar a marcação dos procedimentos especializados nessas unidades e regular o acesso as demais unidades do território sanitário. Essas centrais contarão com um serviço de atendimento por central telefônica (*Call Center*) para marcação dos procedimentos para os usuários referenciados da rede básica para a rede especializada, tendo mais comodidade e garantia no processo de marcação.

No processo de regulação das consultas e exames especializados do Distrito, as centrais locais utilizarão o programa (software) SISREG, desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde, que facilita a integração do sistema ao possibilitar a marcação *on-line* de procedimentos na própria unidade de saúde. Esse software consiste em um sistema de informação para gerenciar e operar centrais locais de regulação, desde a rede de atenção básica à especializada e hospitalar, visando maior controle dos fluxos e otimização no uso dos recursos.

Além de regular o acesso e a marcação de consultas e exames, o sistema procura dimensionar o tamanho das filas de espera, avaliar as especialidades com maior demanda, monitorar as faltas às consultas marcadas e a definição de prioridades clínicas, constituindo importante instrumento de planejamento. O sistema pode propiciar à equipe de saúde da família o acompanhamento do percurso terapêutico da usuária e detecção pelo gestor de encaminhamentos indevidos. Com base nos relatórios gerados pelo SISREG, o distrito poderá desencadear um processo de avaliação das filas de espera junto às unidades de saúde.

Está em processo de construção, o protocolo de acesso a consultas e exames especializados, com definição dos fluxos de referência e contra-referência entre os serviços de cada distrito. Os protocolos são normas de conduta que orientam a assistência e a tomada de decisões na regulação de procedimentos. O protocolo de acesso é uma maneira de formalizar os acordos e pactuações de fluxos para o encaminhamento de usuários a consultas especializadas e retorno à atenção básica para a continuidade do cuidado, bem como para solicitação de exames complementares. Tem a função de promover a qualidade técnica da atenção nos diversos níveis do sistema, utilizar racionalmente os recursos e sistematizar os mecanismos de referência e contra-referência, em especial a ordenação do cuidado na perspectiva do trabalho em rede.

Atualmente, em Recife, o acesso regulado às consultas e exames especializados se operacionaliza formalmente da seguinte forma: para ter acesso aos procedimentos especializados, o usuário procura uma unidade de saúde mais próxima de sua residência, na qual o profissional de saúde realiza avaliação inicial e quando necessário encaminha ao médico especialista. O encaminhamento se inicia com o preenchimento, por parte do médico da atenção básica, de um formulário de solicitação para o encaminhamento à unidade de referência, a partir do diagnóstico realizado na atenção básica.

Diante da necessidade de encaminhamento, a unidade solicitante entra em contato com a Central de Regulação Municipal, via telefone, no dia e horário marcados, para marcar a consulta especializada. O processo de marcação do

procedimento dependerá do quantitativo de cotas existentes para a unidade solicitante e da disponibilidade de vagas na unidade executante.

O agendamento disponibiliza uma ficha de encaminhamento que é entregue ao usuário com as seguintes informações: código de atendimento; a unidade especializada onde ocorrerá o atendimento; o nome do médico que realizará a consulta; o dia e hora da consulta. De posse da ficha de encaminhamento o usuário leva à unidade que executa o procedimento. O médico especialista deve realizar a contra-referência preenchendo a ficha com as informações relacionadas ao atendimento, para ser devolvida, por meio do paciente para a unidade básica que o encaminhou. Entretanto, na maioria dos casos não há contra-referência de nenhuma informação.

Nos casos especiais, relativos à necessidade de saúde do usuário, a central de regulação se utiliza de médicos reguladores para priorizar a marcação do procedimento utilizando o protocolo de acesso. A maioria das marcações nessas situações é devido à gravidade clínica do caso.

Entretanto, dependendo do procedimento ou do tipo de unidade (da rede própria municipal ou da rede complementar) este é regulado pela central de regulação de consultas e exames municipal. Os demais procedimentos são regulados pelos distritos. Porém os mesmos não possuem, no organograma oficial, estrutura funcional com finalidade de gerenciar o processo de regulação.

No caso do DS VI a responsabilidade pela condução da política de regulação é exercida pela gerência de atenção à saúde do Distrito junto a Diretoria Geral de Regulação do Sistema. Segundo dados do Distrito VI, este apresenta um plano de referência para a assistência, buscando contemplar a complexidade que envolve a organização de sua rede de serviços, tendo em vista a existência de enormes barreiras ao acesso a serviços de saúde ofertados por uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída.

O plano de referência para assistência do DS VI contempla a rede de serviços das três microrregiões, num esforço para organizar a rede assistencial de modo a

garantir o acesso à atenção especializada. O plano de referência conta com uma central regulação de consultas e exames localizada na Policlínica Pina, a qual faz a marcação de toda sua oferta especializada para as unidades solicitantes do distrito. Além disso, o distrito possui fóruns de discussão por microrregião, que são espaços deliberativos que discutem ações relacionadas com a coordenação do sistema de saúde local, como a territorialização da saúde e a construção de fluxos assistenciais.

Ainda assim, foram relatados que alguns encaminhamentos de referência ainda funcionam de maneira informal, baseado no conhecimento pessoal de cada profissional, não existindo mecanismos de contra-referência no atendimento. O contato informal entre os profissionais oportuniza acesso desigual aos procedimentos clínicos e cirúrgicos e que nem sempre são orientados por critérios de risco ou prioridade clínica. Essa situação, indica, no mínimo, a falta de comunicação entre a gestão e os profissionais da ponta em relação aos mecanismos de referência e contra-referência existentes, o que, sem dúvida, tem reflexos negativos no atendimento à população.

Os fluxos nos Distrito ainda funcionam de forma muito informal **(Entrevista Gestor – E3)**.

Não há contra referência, eu sinto falta disso **(Profissional de Saúde - USF)**.

Os profissionais relatam que nem sempre é possível garantir agendamento para média complexidade, particularmente no que se refere à rede de apoio à diagnose e terapia, pois foram apontadas algumas dificuldades como: o acesso a algumas consultas e exames devido a cotas insuficientes para atender a demanda; demora em a marcação da consulta ou exame, chegando a mais de um mês para marcar; desconhecimento do quantitativo das cotas e das unidades executantes dos procedimentos. A maioria dos entrevistados avaliou que para além da organização dos fluxos assistenciais, a garantia de atenção integral depende da suficiente oferta de procedimentos especializados.

Especificamente para a atenção pré-natal, alguns exames ainda não são regulados, como por exemplo, o exame de ultrassonografia. E para os casos de alto risco, onde as gestantes necessitam de um atendimento nos serviços de referência,

estes também não são regulados por central de regulação, o que pode resultar em encaminhamentos sem garantia de atendimento no serviço.

O serviço de referência (para o pré-natal de alto risco) é a [...], esse é o fluxo do pactuado com o distrito, mas as gestantes encaminhadas pra lá geralmente não conseguem ser atendidas, só algumas vezes. Eu não entendo o critério da [...] para o atendimento das gestantes **(Profissional de Saúde - USF)**.

É importante destacar que a atenção básica atualmente não consegue absorver toda a demanda, e mesmo quando absorve uma parte dela, ocorre à problemática do encaminhamento realizado de forma desordenada ao especialista. Como consequência verifica-se a persistência filas de espera por consultas e exames especializados, resultantes de uma atenção básica pouco resolutiva e demanda desordenada aos serviços especializados. Isso implica, além da organização da rede de referência, na necessidade de readequar o processo de trabalho nas unidades de atenção básica para qualificar os encaminhamentos e otimizar a utilização dos limitados recursos assistenciais.

Em referência à demanda desordenada, ainda há em algumas áreas do distrito VI, uma demanda espontânea para os serviços especializados, ou seja, essa demanda não é referenciada por nenhum serviço, o que prejudica a qualidade da oferta de serviços especializados e organização da rede. Na realidade, há uma grande demanda para o nível especializado, sem nenhum processo inicial de vínculo na atenção básica, o que aponta para deficiência na cobertura, fragilidade nas relações equipe/comunidade adscrita e principalmente na resolutividade do nível de atenção.

Para qualificar os encaminhamentos relativos à saúde da mulher, o município de Recife está construindo um protocolo clínico e de acesso, seguindo as recomendações gerais do Ministério da Saúde, uma vez que houve a adesão do município ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Esse protocolo ainda está em fase de construção para a qualificação no programa e passa por processos de discussão local, adaptações e revisões, com a participação de profissionais, gestores e entidades representativas. O protocolo também contempla algumas definições de fluxos e regulação para a atenção especializada,

embora necessite de reestruturação para atender às novas configurações da rede e das responsabilidades assumidas pelo município.

No caso da atenção hospitalar, esse é um ponto de estrangulamento no sistema local de saúde. A oferta insuficiente de leitos, a superlotação e a falta de recursos materiais, humanos, financeiros e a falta de vínculo do pré-natal com o parto são aspectos apontados pelos entrevistados como pontos que dificultam o acesso a esse nível de assistência, comprometendo, assim, o princípio da integralidade da atenção.

[...] a gestante hoje ainda procura, por demanda espontânea, as próprias maternidades. Tem outra questão, as gestantes também procuram por demanda espontânea os hospitais estaduais **(Entrevista Gestor – E1)**.

Recife tem sido caracterizado como um município em que grande parte do atendimento ao parto se concentra em dois grandes hospitais estaduais, e dois complementares de referência, restando às maternidades municipais um número reduzido de atendimentos aos partos de baixo risco. Acrescenta-se a isto a crítica à baixa cobertura do pré-natal e sua desconexão em relação à assistência ao parto, o que demanda intensa ação de reorientação dos serviços e ações de assistência materna.

Dentre os principais problemas relatados por gestores e profissionais, está a falta de vínculo entre o pré-natal e o parto, pois não há contato das unidades de saúde da família com a maternidade da microrregião, com conseqüente falta de garantia do atendimento, ou seja, a gestante é orientada pela atenção básica a procurar a maternidade mais próxima de sua casa, que no caso da microrregião 6.2 é a Maternidade Arnaldo Marques, porém nem sempre há vaga disponível, tendo que muitas vezes recorrer a outras unidades, através da central de leitos.

Não tem garantia nenhuma de atendimento, sempre elas são encaminhadas para outros lugares quando não tem vaga **(Profissional de Saúde - USF)**.

Não há contato com maternidade! Isso é muito difícil. A gente orienta a gestante a se dirigir até a lá quando sentir as contrações, mas não sabemos se vai atendê-la **(Profissional de Saúde - USF)**.

A questão da falta de vínculo entre a assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres, em trabalho de parto, a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais, e a maioria das mortes maternas ocorre neste período, demandando intervenções que garantam melhor assistência. Além disso, na maioria das vezes, não há pontos de articulação entre os serviços referenciados e as unidades de atenção básica, situação que ocasiona a dispersão das usuárias dentro do sistema, fazendo-as procurar vários serviços similares na busca de solução para os seus problemas.

Segundo Silveira, Santos e Costa (2001), a falta de vínculo entre a assistência pré-natal e ao parto é proporcionada pela desorganização da rede de atenção à saúde da mulher, e pode levar as gestantes a peregrinação à procura de vagas nos hospitais, ferindo um aspecto fundamental dos direitos de cidadania. Além disso, ampliando esta análise chega-se, necessariamente, à avaliação do modelo assistencial vigente no país, que reflete uma rede de serviços de assistência obstétrica carente de melhorias em todos os aspectos: acesso, utilização dos serviços, acolhimento na unidade, qualidade do atendimento, resolutividade, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade e quantidade insatisfatória dos serviços, ausência de integralidade das ações, organização da rede, etc.

Além disso, não há garantia de leite obstétrico nas maternidades municipais, uma vez que as maternidades do Recife são reguladas pela central de internação de leitos do estado, representando assim importante limite à oferta e acesso à atenção integral das gestantes.

Garantia de atendimento (da gestante na maternidade) sim, de leite não (**Profissional de Saúde - USF**).

A gente vê que a nossa rede municipal tem mais dificuldade de fazer um fluxo entre os Distritos do que com a rede estadual. [...], então tem muita gestante que vai para o Hospital estadual ou para o Hospital federal e não consegue acessar a maternidade do Distrito Sanitário (**Entrevista Gestor – E7**).

A saída encontrada pelas gestantes recifenses que não encontram vagas nas maternidades do município tem sido ainda a clássica migração para municípios vizinhos, que também tem sido cada vez mais dificultado frente a estratégias dos mesmos de reservarem suas vagas somente para seus municípios.

Em relação à consulta puerperal, que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) deve ser realizada, a primeira consulta entre 7 e 10 dias e a segunda entre 30 e 40 dias, nas unidades de saúde da família onde a gestante de risco habitual fez o acompanhamento de pré-natal; ou quando a gestação foi de alto risco, a consulta deve ser realizada no serviço de referência. Foram apontadas, por alguns profissionais, dificuldades para a realização da consulta em tempo hábil, como citado abaixo:

Há a dificuldade quando a paciente está fora da área, foi para outro lugar, em outro município parir e não voltou (**Profissional de Saúde - USF**).

A dificuldade está no caso onde a gestante vai dar à luz em outro bairro e só volta três meses depois (**Profissional de Saúde - USF**).

Observa-se no pós-parto, a ausência de contra-referência dos serviços hospitalares para os de atenção básica do município de residência materna tanto para consulta de puerpério quanto para o acolhimento do recém-nascido. Do mesmo modo, o acesso aos serviços de saúde, com resolutividade, tem sido um grande desafio para o atendimento às gestantes e recém-nascidos. Além dos obstáculos no acesso à unidade de saúde, há claramente uma falta de articulação entre os níveis de atenção, sendo comum a dificuldade para referenciar pacientes em risco para serviços especializados tanto durante o pré-natal quanto no momento do parto ou logo após o nascimento.

6.2 A Organização e Gestão da Rede de Serviços: a integração entre os diferentes níveis de complexidade do sistema

6.2.1 A Organização da Rede de Serviços: análise da implantação de mecanismos de integração assistencial presentes na rede assistencial.

A integração assistencial, atributo da integralidade no sistema municipal de saúde, pode ser identificada na rede em aspectos relacionados à conformação da atenção básica como porta de entrada do sistema, a oferta e distribuição de serviços nos diversos níveis de complexidade, aos mecanismos de coordenação assistencial e continuidade do cuidado e gestão da clínica com foco no cuidado. Em outros termos, busca-se aqui analisar os elementos circunscritos à organização e gestão do sistema municipal e ao caráter contínuo e integral do cuidado.

O **primeiro aspecto** a ser analisado na atenção básica da rede municipal, está relacionado com a posição desses serviços na rede assistencial enquanto serviços de primeiro contato, ou seja, é a instituição de uma porta de entrada obrigatória, uma vez que é considerado instrumento fundamental para permitir a coordenação dos cuidados pelo clínico geral, favorecendo a integração da rede.

Em relação à conformação da porta de entrada, essa é uma discussão presente na agenda municipal desde o início dos anos 1990, inicialmente através das unidades básicas de saúde e a lógica dos Distritos Sanitários e, posteriormente, com o PSF (SENNA, 2004). No Plano Municipal de Saúde do Recife, referente ao período de 2002 a 2005, ficou evidente, entre as diretrizes de gestão apresentadas no documento, a prioridade dada ao Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para reversão do modelo predominante.

Segundo Pinheiro (2001), o programa de saúde da família busca, em seus objetivos e suas metas institucionais, políticas e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção, e para tanto, almeja facilitar o acesso aos serviços de saúde e fornecer um atendimento personalizado, de forma mais

acolhedora, mantendo uma relação de vínculos diretos com a população adscrita. Nesse sentido a cobertura total do PSF pode apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica.

A implantação do PSF, cujo modelo de atenção assenta-se na priorização das ações preventivas, sem desconsiderar as atividades assistenciais, e na perspectiva de vigilância à saúde, traz a expectativa de contribuir para a mudança do quadro sanitário local. Como parte da própria estratégia do programa, há investimentos em ações de promoção à saúde, atividades de educação em saúde, prevenção, entre outras, como citado abaixo.

No PSF, são desenvolvidas atividades de promoção, prevenção, visitas domiciliares [...]. Dependendo da equipe, tem muita atividade na unidade e na comunidade. Trabalha-se muito para promover a saúde da população e prevenir as doenças! [...] tem sempre reuniões, palestras e ações junto à população. **(Entrevista Gestor – E6).**

Ao longo dos anos foram implantadas no município equipes de saúde da família em algumas unidades básicas tradicionais e construídas novas unidades para a implantação do Programa de Saúde da Família em áreas sem oferta, sendo um esforço de superar a duplicidade de modelos assistenciais na atenção básica, na tentativa de transformar os centros de saúde em unidades modelares do PSF.

[...] a atenção básica é composta por unidades de PSF e unidades básicas de saúde. Algumas unidades básicas se tornaram unidades de saúde da família **(Entrevista Gestor – E2).**

Houve um aumento de cobertura do PSF, isso é bastante importante, pois contemplou áreas que antes estavam descobertas de atenção organizando o acesso dessa população na rede **(Entrevista Gestor – E4).**

Essa medida permitiu definir uma lógica comum de organização da atenção básica, evitando a dissonância entre diferentes propostas assistenciais. No entanto, algumas unidades permaneceram como unidades básicas tradicionais, onde os especialistas de clínicas básicas funcionam como profissionais de suporte para as áreas descobertas de PSF.

Vale ressaltar que a Estratégia Saúde da Família foi adotada pelo município como perspectiva de mudança do modelo assistencial na atenção básica, com a

constituição da equipe de saúde da família como porta de entrada preferencial, reconhecendo a importância da consolidação de um sistema integrado de serviços de saúde, estruturado por meio de redes de atenção à saúde, que incorpore uma nova lógica de funcionamento que favoreça a integralidade da atenção.

Starfield (2002) afirma, que para funcionar como porta de entrada, a USF, além de ser acessível, pois esse aspecto é essencial em modelos organizados por nível de atenção (hierarquizados), deve constituir-se em serviço de procura regular. Além disso, deve servir de filtro e ponto de entrada do fluxo pela rede assistencial na busca, coordenada pelo generalista, da melhor opção de assistência disponível para cada tipo de necessidade. Essa autora, afirma ainda, que se esses serviços de saúde não estiverem habilitados para manejar e diagnosticar adequadamente os problemas, a atenção necessária é adiada. Essa é a situação evidenciada abaixo no relato que segue:

Em algumas situações o acesso na atenção básica fica complicado, pois ela não funciona à noite, nem nos fins de semana. Daí os usuários tem que procurar outros locais para atendimento. Tem USF que só tem atendimento pela manhã e às vezes à tarde **(Entrevista Gestor – E3)**.

De acordo com Giovanella et al. (2003), para que as unidades de saúde da família se tornem porta de entrada preferencial é necessário que as mesmas sejam um serviço de procura regular, um serviço em que as pessoas usam para atenção à saúde, seja para prevenção, cuidado, acompanhamento, tratamento e reabilitação, não atendendo somente os grupos prioritários, mas a toda a população. E que as unidades atendam não só à demanda programada, mas também à demanda espontânea e os casos agudos oportunamente. Nesse aspecto, no distrito VI se observa o seguinte:

A demanda por atendimento na USF é enorme, não se consegue fazer um acompanhamento dos casos, a ESF tem uma população adscrita muito grande **(Entrevista Gestor – E6)**.

Vários estudos apontam que a articulação das duas demandas é fundamental, pois se consegue fazer uma atenção integral e trabalhar melhor com os grupos prioritários, quando se realiza o atendimento à demanda espontânea e se incorpora um conjunto de ações preventivas de promoção de saúde, identificando

assim os grupos de risco, organizando melhor a demanda. As estratégias para atendimento à demanda espontânea, articuladas às ações programáticas da demanda organizada, por meio do acolhimento e do atendimento diário, facilitam a constituição da USF como serviço de procura regular e porta de entrada preferencial do sistema de saúde, deslocando a demanda dos serviços de emergência hospitalar e de atenção especializada, aumentando a resolutividade na atenção básica.

Em relação à resolutividade, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), os profissionais da ESF devem apresentar uma capacidade para resolver a maioria dos problemas de saúde da população de sua área de abrangência, cerca de 85%, ou seja, devem resolver os problemas de saúde mais comuns e manejar novos saberes, que promovam a saúde e previnam doenças em geral.

Além disso, o Ministério da Saúde entende que o fortalecimento da atenção básica se dá com a ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da saúde. Por isso, estabeleceu-se que apenas 15% dos casos devem ser encaminhados para serviços mais especializados, e que nesses casos, a ESF é responsável pela coordenação do cuidado, ou seja, ela é responsável pelo referenciamento do usuário quando necessário, articulando outros serviços, discutindo os casos e recebendo a contra-referência para continuar os cuidados básicos. Ao referenciar, a ESF continua sendo responsável pelo acompanhamento do caso, durante todo o tratamento e após seu término, provendo os cuidados necessários para a recuperação e reabilitação do usuário (BRASIL, 2001). Porém as evidências deixam claro que há muitas carências e o PSF não funciona adequadamente na área investigada, segundo relato abaixo:

É necessário que as unidades da atenção básica melhorarem o vínculo com a comunidade para adquirir confiança da população e que sejam mais resolutivos. Muitos profissionais não estão preparados para trabalhar na atenção básica e principalmente no saúde da família (**Entrevista Gestor – E2**).

Para tanto, a USF deve fazer parte de um sistema integrado, o que implica na articulação dos serviços e pressupõe a existência de um serviço de primeiro contato, denominado de porta de entrada (“gatekeeper”), procurado regularmente a cada vez que o usuário necessita de atenção e em caso de adoecimento e/ou acompanhamento rotineiro de sua saúde (GIOVANELLA et al., 2003).

Todavia, alguns autores destacam que as ações desenvolvidas no programa tem o risco de reproduzir o modelo tradicional ou limitarem-se às ações programáticas voltadas apenas para os grupos prioritários. Ademais, um problema persistente desde a implantação do PSF é a dificuldade de integração do programa com as demais ações de saúde (GIOVANELLA et al., 2002, 2006). O trecho da entrevista abaixo expõe claramente essa limitação observada na área estudada.

[...] alguns profissionais trabalham nas unidades de PSF sem uma formação adequada, muitos só querem fazer ações curativas, além disso, não gostam de participar de nada, só querem atender e ir pra casa (**Entrevista Gestor – E7**).

Além disso, segundo Kovacs et al. (2005) e Santos e Gerschman (2004), em estudos realizados, os usuários ao procurarem o serviço da rede básica de saúde em situação de sofrimento agudo, muitas vezes, se deparam com escassez de recursos, de profissionais, equipamentos, medicamentos, com ações e serviços que não respondem às suas necessidades, ou mesmo, com unidades inacessíveis, determinando a demanda por soluções em outros serviços como os de pronto atendimento e prontos socorros, lotando-os com demandas consideradas inadequadas para aquele serviço.

Há também uma clientela eletiva que não consegue ser absorvida pelos serviços da rede básica de saúde e que se desloca até os centros urbanos distantes do seu referencial geográfico, principalmente para os hospitais públicos, em busca de um acesso presumido onde pretende encontrar a garantia de atendimentos por profissionais disponíveis e de tecnologias apropriadas a sua necessidade. A procura dos usuários por diferentes serviços não se dá somente pelo desejo e esperança de ser atendido, mas baseia-se também em avaliações experienciadas anteriormente por ele, por seus vizinhos ou por seus familiares, que acabam por determinar o serviço a ser procurado (SANTOS, GERSCHMAN, 2004).

Muitas vezes, o próprio usuário faz sua triagem e encaminhamento para outros serviços, sejam eles especializados ou não e que, sob sua avaliação, se apresentam como de maior acesso, tecnologia e resolutividade, independente do encaminhamento feito por um profissional de saúde ou pelo serviço. Se o sistema funcionasse organizadamente e fosse reconhecidamente resolutivo, certamente a

maioria dos usuários procuraria seguir o recomendado na utilização dos níveis de atenção para seu atendimento (CABRAL et al., 2005; STARFIELD, 2002).

De acordo com Souza et al. (2000) a baixa cobertura do programa, em geral, voltada para grupos específicos, acaba criando espaços privilegiados de assistência, sem, no entanto, ser capaz de funcionar como estratégia substitutiva do modelo predominante. Essa forma fragmentada de implementação da atenção básica, como parte do processo de descentralização do SUS, tem consolidado uma atomização no desenvolvimento e organização dos serviços locais de saúde que não se constituíram em sistemas de saúde integrados e resolutivos, pela ausência de redes de referência e contra-referência, capazes de atender, além da demanda espontânea, a demanda organizada na atenção básica.

Há o reconhecimento por parte de alguns entrevistados de que mesmo a implantação do PSF não conseguiu efetivar o nível de atenção básica como porta de entrada preferencial ao sistema municipal de saúde. Dificuldades de fixação dos profissionais, falta de insumos e de estrutura adequada são entraves apontados pelos entrevistados à resolutividade do programa. Uma vez que a falta de profissionais ou a grande rotatividade deles na rede são elementos de instabilidade nas relações de trabalho, o que prejudica a continuidade do cuidado segundo o princípio da integralidade, e que conseqüentemente dificulta a responsabilização, o estabelecimento de vínculo e de relações mais diretas, efetivas e duradouras entre as equipes e a população adscrita. Lembrando que a responsabilização e o vínculo são considerados potentes dispositivos para mudar a prática cotidiana dos serviços e conseqüentemente estabelecer uma relação de confiança com a população.

[...] muita gente prefere procurar o pronto-socorro dos hospitais porque sabe que lá vai ser atendido e seu problema resolvido. Em muitas unidades de PSF não se consegue atendimento (**Entrevista Gestor – E6**).

Além das dificuldades citadas, Campos et al. (2002) e Mattos (2001) identificaram em seus estudos alguns fatores que dificultam a implantação do PSF em áreas metropolitanas, como por exemplo: falta de financiamento, despreparo e qualificação insuficiente dos profissionais para atuar no PSF, formato padrão/rígido para composição das equipes sem respeitar as particularidades locais, insuficiência de mecanismos de relação do PSF com outros serviços, precariedades das redes

ambulatoriais e hospitalares, dinâmica urbana complexa, violência urbana, tráfico de drogas e armas e dificuldade da interação de novos saberes e de novas práticas para ações coletivas e sociais no âmbito do PSF.

O **segundo aspecto** a ser analisado na atenção básica da rede municipal está relacionado com a capacidade de prestar cuidados mais coordenados ao minimizar barreiras de acesso entre níveis assistenciais, oferecendo assim a atenção em saúde integral, mais sincronizada e em tempo oportuno.

Segundo Mendes (2002b, 2008) mudanças são necessárias no primeiro nível de atenção para atender às demandas colocadas pelas doenças crônicas, uma vez que se reconhece a interdependência interorganizacional presente no cuidado de doentes crônicos e mais prolongados, como o ciclo gravídico-puerperal, pois os mesmos necessitam acessar simultaneamente serviços de diversas complexidades, exigindo assim a coordenação entre níveis de atenção, o que potencialmente garante prestações mais custo-efetivas e melhor desempenho do sistema de saúde.

No entanto, segundo o relato de alguns entrevistados, há uma deficiência dos profissionais das unidades da atenção básica para exercer o papel de coordenadores do cuidado e ordenadores da rede. Uma vez que para desempenhar tal função é necessário que os serviços da atenção básica tenham capacidade de articulação entre suas ações e com os demais níveis de atenção, numa condição de interdependência, o que impõe a necessidade de ações mais cooperativas, pois se mostram mais efetivas na garantia do atendimento integral. Essa deficiência, na visão dos entrevistados, vai além da fragmentação da oferta assistencial, pois o maior problema está no processo de trabalho realizado pelas equipes da atenção básica.

Não adianta ampliar a oferta especializada, se não modificar a forma de trabalhar da atenção básica. Hoje a gente vê que o PSF só faz encaminhar os pacientes **(Entrevista Gestor – E4)**.

Mendes (2008) afirma que o potencial de mudança da atenção primária à saúde, em direção a uma concepção abrangente, reside tanto nas diretrizes que norteiam o processo de trabalho dos profissionais (integralidade, resolubilidade e intersetorialidade das ações, trabalho em equipe, vínculo e co-responsabilidade com

as famílias assistidas e estímulo à participação social), quanto na (re)organização dos serviços básicos no sentido de articulação com os demais níveis de atenção do sistema.

Em relação ao processo de trabalho das equipes, Assis et al. (2007), afirmam que o PSF é uma estratégia que deve utilizar a tática da organização multiprofissional para a produção da saúde, e por isso a integralidade da atenção está descrita como uma das diretrizes operacionais do programa, a partir de uma abordagem que estimula à ação intersetorial, bem como a participação da sociedade na gestão. Sousa e Hamann (2009) complementam, referindo que as características do processo de trabalho das equipes multiprofissionais passam, necessariamente, pela interdisciplinaridade, vinculação, competência cultural, intersetorialidade e fortalecimento de uma gestão local que deve ser participativa e democrática.

Dessa forma, além do desafio de integrar diferentes pessoas para atuar de forma multiprofissional, faz-se necessário fortalecer algumas características do processo de trabalho das equipes através da implementação de mecanismos de gestão da clínica com foco no cuidado. Nessa perspectiva, Recife adotou o Modelo de Atenção e Gestão “Recife em Defesa da Vida” como proposta de um novo paradigma para a saúde no município, buscando assim a organização da rede de serviços e mudanças no processo de trabalho das equipes. Pra isso, busca fortalecer toda a estrutura de recursos humanos e a rede de serviços disponível para garantir o acesso da população de forma integral (RECIFE, 2009).

O modelo é orientado pela APS e possui como princípios: a co-gestão, a clínica e saúde coletiva ampliadas. Dessa forma, fundamenta-se no tema do acolhimento, como uma diretriz operacional, que propõe principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolutivo, humanizado e com construção de vínculo com a comunidade (RECIFE, 2009).

Assim, o modelo privilegia as potencialidades da APS, buscando implementar o Programa de Saúde da Família na direção de uma Atenção Primária Abrangente. Isso significa que a simples implantação do PSF, por si só, não significa mudança no modelo assistencial, uma vez que há o reconhecimento de que o problema do atual modelo está no processo de trabalho. Dessa forma a reversão do modelo

assistencial depende da implantação de uma forma inovadora de produção do cuidado em saúde e dos diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os usuários.

Nesse sentido, o modelo formalmente direciona suas ações com o objetivo de ampliar os recursos assistenciais e profissionais das unidades, através da implantação de mecanismos de gestão do cuidado. Visto, conforme Franco (2006) e Souza (2000), os mecanismos de gestão do cuidado potencializam a construção de capacidades voltadas ao desenvolvimento de articulações e integrações de ações e serviços de saúde organizados para a produção de intervenções qualificadas no SUS, focalizando a análise compartilhada da situação de gestão de redes, serviços de saúde, programas ou projetos; visão e ação estratégicas para intervenção nas redes de saúde, considerando-se sistematicamente os contextos micro e macro político-organizacionais; avaliação de processos e resultados; trabalho em equipe; negociação e tomada de decisão; e comunicação

Os processos de gestão do cuidado de saúde potencializam a construção de capacidades voltadas ao desenvolvimento de modelos de atenção à saúde que promovam e articulem práticas clínicas individuais e coletivas ampliadas e compartilhadas, focalizando: a análise da singularidade da situação de saúde individual e coletiva, segundo aspectos biológicos, subjetivos e sociais; o desenvolvimento de diretrizes compartilhadas para a gestão do cuidado, considerando os critérios de eficácia, efetividade, eficiência, segurança e qualidade da atenção à saúde, no sentido da defesa da vida; o desenvolvimento de estratégias para assegurar a responsabilização o vínculo e a continuidade do cuidado no contexto da rede de atenção; e a avaliação do impacto das intervenções realizadas (FRANCO, 2006; SOUZA, 2000).

Atualmente na Rede de Atenção à Saúde de Recife, estão inicialmente em processo de implantação nas unidades de atenção básica, mecanismos de gestão do cuidado como: acolhimento, PTS (projeto terapêutico singular), colegiados de co-gestão, equipes matriciais, além de outras ações relativas aos princípios de modelo adotado. Nesse sentido, procurou-se aqui descrever os principais mecanismos de gestão do cuidado a serem implantados na rede municipal e a ótica dos gestores quanto ao processo.

A proposta municipal tem como dispositivo inovador relativo ao modo de gerir a constituição de um **sistema de co-gestão ou gestão compartilhada**, baseado em uma composição colegiada, onde trabalhadores de diversas categorias podem problematizar seu cotidiano de trabalho, ofertando possibilidades coletivamente.

É o que a gente está tentando experimentar, mas ainda estamos discutindo como fazer. É uma forma para que eles consigam fazer esse olhar crítico e reflexivo, aumentando sua capacidade de análise do problema e resolvendo o problema junto. As experiências que a gente está tendo neste sentido, são experimentações, não necessariamente estão dando resultados agora e não necessariamente a gente acertou a mão em como fazer isso, estamos experimentando, mas implica essas tentativas em colocar para conversar em roda, a partir da política de saúde, do modelo de atenção, esses atores para conversar. A gente tenta fazer isso em fóruns de discussão, por exemplo, em reuniões de microrregião, eu gosto de chamar de fóruns de trabalhador, são fóruns que reúnem todos os serviços de uma microrregião, de um Distrito Sanitário e os trabalhadores que fazem parte desses serviços com a participação da gestão, discutindo os problemas concretos dessas redes **(Entrevista Gestor – E2)**.

Como dispositivos que visam ampliar a clínica e contribuir no aumento da capacidade de análise das equipes (coletivos organizados para produção), Campos e Amaral (2007) apontam uma estratégia organizacional e em uma concepção de gestão do trabalho clínico, o qual denomina **clínica ampliada e compartilhada**, que busca a ampliação além das doenças, considerando também os problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas, a clínica do sujeito, essa é a principal ampliação sugerida.

Os autores referem-se ainda a uma ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico, que além de buscar a produção de saúde, por distintos meios – curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos –, a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia e autocuidado dos usuários. Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como um aumento da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. Com o objetivo de torná-lo co-responsável pelo processo de cuidado que vai desde

a construção do diagnóstico, tal como um mapa de vulnerabilidades, até o projeto terapêutico de cada um (CAMPOS e AMARAL, 2007).

A proposta de clínica ampliada é servir como um dispositivo para que os profissionais possam atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, trabalhando em equipe com múltiplos saberes, com compartilhamento ao invés de encaminhamento (**Entrevista Gestor – E2**).

A ferramenta disponível para a abordagem ampliada das necessidades apresentadas é a construção pelas equipes de atenção de um **Projeto Terapêutico Singular** (PTS) para os casos de maior complexidade e vulnerabilidade. O Projeto Terapêutico Singular é entendido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo ou coletivo, proposto a partir de uma discussão também coletiva. Trata-se tão somente de uma reunião de toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.

(PTS) é uma metodologia que estamos implantando nas unidades básicas, onde os atores identificam as situações e casos complexos no seu cotidiano, na comunidade da equipe de Saúde da Família, e que a equipe sente dificuldade em lhe dar, tamanha a complexidade do caso. [...] o primeiro passo pra você ampliar a sua clínica, é reconhecer a limitação do seu conhecimento e da sua intervenção, onde você identifica a partir de uma análise de prontuário, a partir do cotidiano do cuidado, a partir do histórico de inserção daquele usuário no serviço, a partir de uma visita domiciliar, várias formas de identificar um caso, mas você tem que ter critério e um consenso de equipe do que entende por complexo, por vulnerável, por singular e que você precisa trazer e ter um olhar diferenciado. Isso já produz muita coisa interessante, e é o que a gente estimula que as equipes façam, para poder iniciar os PTS (**Entrevista Gestor – E2**).

Esse processo torna-se mais potente ainda quando está associado a outros procedimentos como a equipe de referência e apoio matricial (CARVALHO e CAMPOS, 2000). A equipe de referência seria representada pelas unidades de atenção básica, como as unidades de saúde da família, as quais são responsáveis pela atenção integral e contínua com a população adscrita. É importante ter claro que é de responsabilidade da **Equipe de Referência** entender as implicações e as interações que o diagnóstico poderá produzir, tornando intransferível a um especialista o problema ou parte dele, pois o desenvolvimento da Equipe de

Referência liga-se a uma relação longitudinal no tempo com o conjunto de usuários de seu território (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

A ESF é a responsável pela promoção da saúde daquela comunidade (**Entrevista Gestor – E6**).

Outro elemento potencializador do Projeto Terapêutico Singular é o **Apoio Matricial**, que tem como princípio assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CARVALHO e CAMPOS, 2000). O entrevistado destaca as características da proposta com base nos princípios acima discorridos:

O matriciamento é um dispositivo potente para desburocratizar o acesso ao saber especializado, integrando a rede. Neste sentido a Secretaria de Saúde do Recife, dentro do modelo de atenção e gestão Recife em defesa da vida, vem de fato avançando tanto do ponto de vista de implantação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família NASF, e do ponto de vista de produção da rede [...]. Acho que é importante destacar, porque a estratégia que está tocando mais na produção de rede dentro do sistema municipal do Recife é o matriciamento a partir das policlínicas, dos serviços especializados. (**Entrevista Gestor – E4**).

O **acolhimento** aparece como dispositivo operacional básico do modelo tecno-assistencial de Recife e enquanto diretriz operacional propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, organizado de forma usuário-centrado. A proposta é ampliar a capacidade de escuta da equipe de saúde, incorporando instrumental oriundo da psicanálise para reestruturar a clínica num sentido mais humanizado, acolhedor dos sofrimentos individuais, possibilitando intervenções mais integradoras das dimensões físicas, psíquicas e sociais.

Para tal fim, Franco et al. (1999) partem dos seguintes princípios:

- a) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde

assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

- b) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- c) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

As soluções práticas conhecidas ultimamente para a questão do acolhimento na atenção primária, principalmente em unidades de PSF, tendem a concebê-la como uma atividade particularizada, que realiza a combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde como recepção, triagem e acesso. Em muitos casos, esses dispositivos tendem a sofrer uma série de denominações como acesso, porta-de-entrada e pronto-atendimento. O acolhimento-diálogo, na perspectiva do desempenho global da rede, pode ser visto como uma espécie de distribuidor, de operador da distribuição, que deflagra os diferentes possíveis trânsitos dos usuários pelo serviço, por seus diferentes pontos de atenção. O acolhimento se operacionaliza em momentos de negociação permanente das necessidades do usuário a serem satisfeitas, decidindo assim a trajetória singular necessária através dos serviços.

Segundo FRANCO et al. (1999) o acolhimento pode aumentar a utilização da ESF como porta de entrada, na medida que consiga influir positivamente no padrão de utilização dos serviços por parte dos indivíduos, e que também consiga influenciar em questões sócio-organizacionais do serviço tais como: horizontalidade das relações cuidador/indivíduo, aumento da disponibilidade dos profissionais para responder às demandas e oferta de cuidados aceitáveis e adequados às reais necessidades da população, entre outras

Parece também poder afetar o caráter de longitudinalidade do cuidado, na medida em que objetiva a formação de vínculos pessoais e duradouros e a identificação e responsabilização mútua entre equipe/indivíduo. Potencializa também a integralidade do serviço, na medida em facilita aos cuidadores acesso aos

problemas dos indivíduos e reconhecimento de necessidade de novos saberes, tecnologias, materiais e insumos que possibilitem uma prática mais integral.

Por último, parece poder afetar também a coordenação de cuidados através da percepção de novas necessidades e a integração das informações anteriores sobre o indivíduo na abordagem desta, seja no próprio serviço ou em outro nível de atenção. Estratégias como a de acolhimento, pode proporcionar a articulação da atenção básica aos demais níveis assistenciais, reduzindo as barreiras de acesso percebidas pelas famílias e contribuindo para o estabelecimento da unidade de saúde da família como porta de entrada e serviços de primeiro contato regular.

Ainda assim, com tantas potencialidades, o acolhimento encontra dificuldades na apreensão de seus conceitos por parte dos profissionais em saúde. As equipes de saúde frequentemente deparam-se com dúvidas relativas do que vem a ser o acolhimento.

Na unidade a gestante tem prioridade no atendimento, é a forma que a enfermeira vê de acolher, a unidade já tem o acolhimento **(Profissional de Saúde - USF)**.

Além disso, é insuficiente a existência de serviços com bom acolhimento, sendo necessário também profissionais comprometidos, envolvidos e que usem todo o saber da clínica e da saúde pública a serviço do usuário, recuperando a capacidade cuidadora em outras dimensões, necessitando construir a superação das fragmentações dos saberes e a interação entre sujeitos – profissionais e usuários – para que a equipe multiprofissional assuma o desafio da construção de novas práticas apropriadas às necessidades de um novo trabalho em saúde.

Neste sentido, a gestão municipal ao propor inovações no modelo de gestão e no processo de trabalho das equipes de saúde na atenção básica, tem a pretensão de reverter o modelo médico, a partir da reconstrução de práticas assistenciais, propondo como eixos estruturadores dos serviços prestados a responsabilização da equipe pelas ações do programa, o vínculo entre equipe e população adscrita, a abordagem do usuário como cidadão sujeito do processo e a integração do programa com os demais níveis de atenção do sistema de saúde.

Em relação à organização dos serviços da atenção básica no sentido de articulação com os demais níveis de atenção do sistema, é necessária a presença de mecanismos e/ou estratégias de integração da rede assistencial como a territorialização dos serviços e adscrição de clientela, informatização de histórias clínicas, implantação de centrais de marcação de consultas, equipes de especialistas como apoio para a Atenção Primária à Saúde, criação de redes com gestão municipal, entre outras.

Pereira e Barcellos (2006) referem que a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho na atenção básica, isso porque ao delimitar a uma área como locus de atuação da equipe, de cuidado integral à família e de vínculo e co-responsabilidade com a população, pode organizar os serviços de saúde a partir da priorização dos problemas identificados, contribuindo para a hierarquização da demanda aos demais pontos de atenção. O processo de territorialização adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

Desta forma, a adscrição da população potencialmente usuária do serviço é preconizada como um dos passos primordiais para a implantação das unidades da atenção básica, considerando assim as características locais para o aprimoramento do primeiro diagnóstico realizado no momento da implantação (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Ribeiro (2008) refere que a territorialização traz um espaço comum aos vários profissionais que podem sistematizar práticas e saberes de diferentes categorias e conseqüentemente, melhorar a qualidade do serviço de saúde. Assim, uma equipe multiprofissional se responsabiliza pela atenção à saúde da população circunscrita, contando com um generalista como o profissional médico de atenção básica, que trabalha em conjunto com novos profissionais, os agentes comunitários de saúde, que estão voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-doença (SCOREL et al., 2007).

Entretanto foi observado que na área estudada, ainda permanecem dificuldades no processo de territorialização das unidades de saúde da família, pois foi relatado que por desconhecimento das equipes quanto ao seu território adscrito, acabam atendendo pessoas que não estão adscritas ao território, possivelmente para evitar reprimir ainda mais a demanda.

Segundo Giovanella et al. (2003), alguns municípios adotam outras iniciativas para melhorar a integração assistencial, como: a definição de serviços/profissionais específicos de referência para cada equipe de saúde da família; a participação do especialista na supervisão clínica e/ou discussão de temas clínicos e na capacitação das equipes, realização de interconsulta; análise de encaminhamentos; definição de protocolos clínicos e de acesso com o estabelecimento de fluxos assistenciais e definição de responsabilidades.

Para Cabral (2005), um sistema eficiente de referência e contra-referência, objetiva garantir a continuidade da assistência pré-natal em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, para todas as gestantes, conforme a exigência de cada caso. Para tal, é necessário a referência para o serviço, com informações sobre o motivo do encaminhamento e dos dados clínicos de interesse e o retorno da gestante à unidade básica de origem, com todas as informações necessárias para o seguimento do pré-natal. Dessa forma, a definição de fluxos de referência e contra-referência representa um importante instrumento para integração e consequentemente de regulação dos serviços de saúde.

Em relação a essa regulação, foi relatado por gestores a existência de mecanismos formais de referência entre atenção básica e especializada, como por exemplo, as centrais de regulação e que a principal forma de acesso a serviços especializados ocorre por meio da referência da atenção básica.

[...]a central de regulação marca as consultas e exames para todos os distritos, regula o acesso dos usuários da atenção básica para a atenção especializada (**Entrevista Gestor – E4**).

A implantação de centrais de regulação para as consultas e exames especializados é uma das estratégias para aumento da oferta destes, oferecidos em tempo e local mais oportunos, diminuindo barreiras de acesso e possibilitando maior

contato entre generalistas e especialistas que passam a atuar em um mesmo território, assegurando a todas as equipes o acesso aos procedimentos especializados, como citado por alguns gestores.

A implantação de centrais de regulação, contudo, não é suficiente para um funcionamento efetivo de um sistema de referência e contra-referência, pois é necessário assegurar a melhoria da comunicação entre os profissionais dos diversos níveis assistenciais. A constituição de fóruns integrados de discussão entre a atenção básica e especializada, a telemedicina e o apoio matricial são estratégias com potencialidades para superar a distância entre os profissionais dos níveis assistenciais e a fragmentação da rede. Uma maior interação pessoal entre generalistas e especialistas foi outro desafio destacado pelos entrevistados para maior integração dos processos de trabalho e resolutividade clínica, superando relações hierárquicas e o isolamento entre atenção básica e especializada.

No entanto, a implantação de centrais de regulação acaba por racionalizar a oferta, uma vez que institui cotas de exames e consultas especializadas por unidade, mesmo havendo avanços da informatização das unidades básicas e especializadas. A maior parte dos profissionais afirmou que a referência aos serviços mais especializados ainda é uma grande dificuldade, mesmo com a implantação da central de regulação, pois essas centrais localizam a referência mas não criam a oferta se ela não existe.

Outro aspecto importante relativo aos fluxos assistenciais, relatado pelos entrevistados é a contra-referência praticamente inexistente, ou seja, não é uma prática comum nos serviços. A ausência da contra-referência relatada sugere necessidade de maior integração entre profissionais dos diversos níveis assistenciais.

Esforços parecem ser necessários também junto aos demais profissionais da rede quanto à necessidade de garantia da continuidade informacional, uma vez que a disponibilidade e transferência de informações são fundamentais à regulação e continuidade da atenção, requisito essencial para a coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde, o que é reconhecido pelos gestores, quando identificam os instrumentos para análise dos dados disponíveis, que visam permitir o

acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, por meio da coleta e da análise dos dados obtidos em cada encontro, seja na unidade ou no domicílio.

A análise de alguns fatores de integração presentes na rede de atenção à saúde da mulher evidencia a complexidade de promover mudanças do modelo assistencial, superando assim os efeitos da fragmentação que persistem na rede de serviços de saúde municipal. Um dos principais desafios encontrados é potencializar a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial, centro ordenador e integrador das redes de serviços na fase de consolidação da Estratégia de Saúde da Família cobrindo toda a população do distrito sanitário.

Em relação aos mecanismos e/ou estratégias de integração na rede municipal, foi perguntado aos gestores o que eles entendiam por Redes Integradas de Serviços de Saúde e quais atributos ou fatores de integração, na opinião deles, deveriam estar presentes em um sistema integral de atenção à saúde.

Rede Integrada é uma rede composta por serviços de saúde e aparelho de gestão e de atenção que conseguem fazer um cuidado a um determinado usuário ou conjunto de usuários, de forma resolutiva, integral, que se comunica entre si. Com um grau de comunicabilidade desburocratizado que coloque o usuário e suas necessidades de saúde em foco e ela não está isolada em si, ela faz ponte com outras redes e outras que dão conta de outras necessidades também. Na qual cada ator que compõe essa rede, cada serviço composto por pessoas e equipes trabalhando na área de saúde, ela tenha claro o seu papel nessa rede e sua responsabilidade no cuidado do usuário, [...] que porta uma certa necessidade de saúde **(Entrevista Gestor – E4)**.

Os fatores (de integração) que compõem essa rede são: que tenha claro qual o papel dentro dessa rede, sua missão institucional, a sua capacidade resolutiva e esteja estruturado, no ponto de vista de tecnologia e insumo e do ponto de vista de tecnologia dura e do ponto de vista de tecnologia de leve-dura, capacidade de acolher, capacidade de criar vínculos e de se responsabilizar e também a capacidade de cuidar, fazer uma clínica interessante, resolutiva e portando dessas tecnologias ao mesmo tempo em que a comunicação, a relação entre esses atores na rede, ela seja baseada em uma relação solidária e de co-responsabilização e para que isso aconteça é necessário que no ponto de vista de gestão, todas as unidades partam de um certo modelo tecno-assistencial de funcionamento, fale a mesma língua, persigam os mesmos princípios e diretrizes, tenham claro o “todo” nessa rede e o seu papel dentro dela **(Entrevista Gestor – E2)**.

As respostas demonstraram que alguns entrevistados, gestores, tem uma concepção relevante sobre o processo de integração entre os serviços. A maioria destacou aspectos relativos à comunicação entre os serviços de saúde de forma a garantir a assistência médica contínua.

Para os profissionais, foram questionadas quais as estratégias para integração/comunicação dos serviços são identificadas na rede. Foi consensual a avaliação de que não há estratégias de integração entre os serviços implantadas na rede assistencial, como relatado abaixo:

Não existe isso (estratégias para integração)! Só existe comunicação entre os serviços quando os profissionais já se conhecem e são amigos que trabalharam em outras unidades (**Profissional de Saúde - USF**).

Essa integração da USF com o resto dos serviços ainda é bastante precária, [...] muitas vezes é até melhor mandar a gestante para fora da rede municipal, pois as gestantes relatam serem mais bem atendidas (**Profissional de Saúde - USF**).

Pode-se perceber que mesmo com a concepção relevante dos gestores sobre os fatores de integração e sua importância para a conformação de redes integradas assistenciais, ainda não se evidencia, segundo os profissionais, a implementação desses fatores na rede de saúde da mulher.

As estratégias para conformação de uma rede integrada de serviços para a gestante, ainda em discussão, através de fóruns de debates realizados com a participação dos profissionais da rede e gestores municipais e estaduais, a construção de um território integrado de atenção à saúde da mulher, é coerente com a concepção encontrada em Mendes (2007), quando afirma que a consolidação das redes integradas de serviços de saúde, passa por negociações e acordos que permitem compartilhar percepções sobre o modelo de saúde e os objetivos a atingir. Esses movimentos contribuem para pactuar as funções a serem desempenhadas em cada ponto do sistema, definindo as respectivas atribuições e competências no sentido que todos exerçam seus papéis adequadamente.

No entanto, as evidências revelam que ainda são frágeis e incipientes os mecanismos de integração presentes entre os serviços nos distritos e entre os serviços municipais e estaduais. Assim, as estratégias apesar de demonstrar a intenção e o desejo formal da gestão da SMS para implantar os mecanismos de integração, podem se tornar apenas um discurso vazio, quando não se encontra materialidade na dinâmica da rede de serviços de saúde, que carrega históricas distorções na forma de prestação de serviços, agravada pela crônica deficiência de cobertura da atenção primária. Daí, o baixo impacto ainda observado, do ponto de vista da integração na atenção ao pré-natal no Distrito VI da Cidade do Recife.

7 CONCLUSÃO

Este trabalho apresentou reflexões sobre a integração do cuidado pré-natal na organização da rede de atenção à saúde da mulher, no Distrito Sanitário VI da cidade do Recife, particularmente no tocante aos mecanismos de integração assistencial de uma rede integrada de serviços, e desta forma conclui-se que:

- a) O município de Recife ainda não dispõe de uma rede de serviços organizada e integrada para a assistência pré-natal, de forma regionalizada, baseada em um sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário, com mecanismos bem estabelecidos de fluxos das gestantes na rede;
- b) Há dificuldades na vinculação de unidades da atenção básica às maternidades/hospitais, uma vez que as unidades estaduais, responsáveis pela regulação dos leitos obstétricos, não se encontram formalmente pactuadas e não estão integradas aos demais equipamentos de saúde do DS VI no processo de descentralização, no sentido de construir uma rede de atenção à saúde que garanta a continuidade do cuidado da população e o atendimento das suas reais necessidades de saúde;
- c) O percurso terapêutico da gestante, do pré-natal ao puerpério, apresenta descontinuidade da atenção, principalmente quanto ao acesso à atenção especializada e hospitalar, que apresenta fluxos assistenciais informais e barreiras de acesso, tanto pela inexistência de cobertura, como na forma de funcionamento dos serviços de saúde;
- d) Recife permanece com déficits de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos, bem como no escopo de serviços especializados necessários para organização tanto das práticas assistências, como da coordenação do cuidado, o que dificulta ainda mais a garantia de atenção integral na rede;

- e) Apesar de o Distrito Sanitário VI disponibilizar uma estrutura diversificada de serviços de saúde e possuir fluxos assistenciais definidos em seu Plano de Referência para a Assistência, ainda apresenta lacunas assistenciais que dificultam o acesso e continuidade da atenção.
- f) Mesmo com o processo de expansão do Programa de Saúde da Família, a cobertura de ações e serviços da atenção básica ainda é sobejamente insuficiente para atender as usuárias do Distrito Sanitário VI; e a oferta de serviços que existe não se enquadra num comportamento de rede integrada de serviços;
- g) A atenção básica se mostra ainda pouco resolutiva, com problemas para a captação precoce de gestantes, na comunidade e na garantia de atendimento com realização de todos os exames complementares necessários a todas as gestantes que a procuram;
- h) O estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência, bem como as informações necessárias para tal, ainda são incipientes, não contribuindo para construção de fluxos assistenciais operativos e efetivos, para facilitar a continuidade da atenção;
- i) Os resultados apresentados apontam intenção de avançar na integração da atenção básica à rede assistencial, propiciando o fortalecimento dos serviços básicos como serviços de procura regular e porta de entrada preferencial, a partir da definição dos perfis assistenciais e trabalho de reorganização dos fluxos assistenciais no distrito, todavia permanecem dificuldades de acesso, utilização dos serviços e da garantia do atendimento na atenção especializada e hospitalar.
- j) O acolhimento, o suporte de especialistas e o apoio matricial podem contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes da atenção básica para atender às diversas necessidades de saúde da população e para ampliar a resolutividade. Dessa forma, a proposta da gestão municipal relativa à utilização de mecanismos para a gestão da clínica com

foco no cuidado, aponta para a necessidade de profundas mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde, e na relação entre os serviços de saúde, no sentido de aumentar a coordenação assistencial e continuidade da atenção e assim favorecer a integração dessas organizações na perspectiva da governança de sistemas e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 1-20, jul./dez. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BITTAR, O. J.; NOGUEIRA, V. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, fev. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p. 316-319, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS** - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004a. (Textos Básicos de Saúde, Série B).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Bases de Ação Programática. Brasília, DF: Centro de Documentação da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, DF, 2004b. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Técnico sobre o Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, 2000b.

BUCHABQUI, J.A.; CAPP, E.; FERREIRA, J. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Porto Alegre, Rio

Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v.6, n.1, p. 23-29, 2006.

CABRAL, A. M. C. et al. (Org.). **Referência e contra-referência: uma proposta de reestruturação para a assistência à saúde no Distrito Sanitário IV**, Recife. Recife: Bargaço, 2005.

CALEMAN, G.; MOREIRA, N.L.; SANCHES, M.C. **Auditoria, controle e programação de serviços**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v.5).

CAMPOS, F.E.C.; AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 47-58, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde Pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al., (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 53-92.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão dos coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007.

CARVALHO, M.R. Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R.C.A. (Org.). **Serviços locais de saúde: Construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.118-130.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2000.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. Gestão e organização da Saúde: Elementos para se pensar a mudança de modelo de atenção. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.;

AKERMAN, M.; DRUMOND, JR.; M e CARVALHO, Y.M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2010.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, jul./set., 1997.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal, 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COHN, A. et al. **A Saúde como Direito e como Serviço**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CONILL, E. M., Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set./out., 2004.

CONILL, E.M.; FAUSTO, M. C. R. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual**: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz, Documento Técnico EuroSocial Salud, 2007.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/Continuidade do Cuidado: Identificando dimensões e variáveis para avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, 2009.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, p. 99-120, 2004.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

SCOREL, S. et al. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington DC, v. 21, n. 2, p.164-176, 2007.

FERREIRA, S.C.C.; MONKEN, M. **Gestão em Saúde**: Contribuições para análise da integralidade. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2009.

FOREIT, J.R. **Investigación operativa en planificación familiar**. Foreit JR (Ed.). Nueva York: Population Council, 1999.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil: Uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**: Dilemas e Desafios. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

FORMIGLI, V.L.A.; COSTA, M.C.O.; PORTO, L.A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, p. 831-41, 2000.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, UERJ, ABRASCO, 2006. p. 459-474.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde : o caso de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.15, supl.2, 1999. p. 345-53.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, JR.H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-40.

GIL, A. C. **Estudo de Caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GILLIES, R.R.; SHORTELL, S.M.; ANDERSON, D.A.; MITCHELL, J.B.; MORGAN, K.L. **Conceptualizing and Measuring Integration**: Findings from the Health Systems Integration Study. Hospital and Health Services Administration, v. 38, n. 04, p.467-89, Winter, 1993.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.951-63, 2006.

GIOVANELLA, L. Integralidade da atenção em sistemas em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n.60, p.37-61, 2002.

GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica: Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, p.278-289, set./dez. 2003.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C.O. (Ed.). **Política de Saúde: o público e o privado**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; CARVALHO, A. I.; CONILL, E. M.; CUNHA, E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p.37-61, jan./abr., 2002.

HALPERN, R.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; TOMASI, E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 487-492, 1998.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p.331-336, 2004.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto socorro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81. p. 251-258, maio/jun., 2005.

LAURENTI, R. Mortalidade materna no Brasil: faltam dados e uma assistência digna. **Jornal Rede Saúde**, v.15, p.3-4, 1998.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes**: A experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, São Paulo, 2006.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos?: Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out., 2004.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, p.39-64, 2001.

MENDES, A. C. G. et al. Modelo Assistencial – o usuário construindo seu próprio acesso: o caso da atenção ao parto no município de Camaragibe. **RASPP – Revista da Associação de Saúde Pública**, Piauí, n. 2 v.2, jul./dez., p. 170-178, 1999.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.

MENDES, E. V. **A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Minas Gerais, v.18, n.4, supl.4, p. 3-11, 2008.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

MERHY, E. E. A Rede Básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002 – (Saúde em Debate; 108. Série Didática 6).

MERHY, E. E. et al. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios**: A gestão da mudança em saúde. Recife: Universitária, UFPE, p. 45-76, 2004.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: MERHY, E.E. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.316-323, 2003.

MERHY, E.E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n.9, abr/jun, p.177-184,1993.

MONNERAT, G.L.; SENNA, M. C. M.; SOUZA, R. G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 509-521, 2002.

MORAES, et al. Estudo de demanda de uma unidade básica de saúde em Pelotas/RS. **Revista de Saúde da UCPEL**, Pelotas, v.1, n.1, jan./jun., 2007.

NAVARRETE, M.L.V., et al. Organizaciones Sanitarias Integradas: Una guía para el análisis. **Revista Española de Salud Pública**, v.79, n. 6, p. 633-643, 2005.

NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I.V.; NAVARRETE, M.L. La coordinación entre niveles asistenciales: Una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006.

OIKAWA L. T. **Condições de acessibilidade a uma unidade básica de saúde do município de Botucatu São Paulo**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, 2001.

OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A política regulação do Brasil**. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; v. 12. MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Org.) 116 p.: il. Brasília, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Los Sistemas Locais de Salud**: conceptos – métodos e experiências. Washington (publication científica, 519), p. 38, 1990, 742 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, nº 4, 2010.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.25-32, 1998.

PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z.; **Epidemiologia & Saúde**, 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p.455 - 66, 1994.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In ROQUAYROL, M.Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 567-86, 2003.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n.2, p. 47-55, jun. 2006.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 657-667, jul/set, 2006.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, p. 65 -112, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2006.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde (2006/2009): Recife Saudável. Inclusão Social e Qualidade no SUS. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE, 7, 2005. **Relatório Final da VII Conferência Municipal de Saúde do Recife**. Recife, 2005a.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da avaliação normativa do programa de atenção integral à saúde da criança, da mulher e adolescente nos centros de saúde e equipes de saúde da família.** Recife, 2002.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2009.** Recife, 2010.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Diretoria Geral de Regulação do Sistema.** Recife, 2006.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Recife (2001/2006).** Recife, 2007.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Plano de Referência da Assistência do Distrito Sanitário VI.** Diretoria de Regulação do Sistema, Gerência de Fluxos Assistenciais. Recife, 2009.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE, 7, 2005, Recife. **Relatório Final da VII Conferência Municipal de Saúde do Recife.** Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2005b.

REZENDE, C. H. A.; MORELI, D. R. Mortalidade materna em cidade médio porte, Brasil, 1997. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.4, p. 3-23, 2000.

SANTOS, E. F. et al. **Legislação em enfermagem:** atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública de saúde no estado brasileiro – uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.18. p. 25-41, 2006.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.795-806, 2004.

SANTOS, R.F. A regionalização assistencial no aperfeiçoamento nas ações integradas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, p.271-273, 1986.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, p.757-76, 2002.

SCHIRMER, J. et al. **Assistência pré-natal:** manual técnico. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/ Ministério da Saúde, 66 p, 2000.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 221-241. 1999.

SCHRAMM, J. M. A; ZEITE, I. C; VALENTE, J. G; GADELHA, A. M. J; PORTELA, M. C; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SERRUYA, S. J; CECATTI, J. G; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-1289, Set./Out., 2004.

SHORTELL, S. M. The evolution of hospital system: unfulfilled promises and self-fulfilling prophecies. **Medical Care Research and Review**, v.45, p.177-214, 1998.

SILVA, J.V. et al. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.234-242, 2003.

SILVA, S. L.L.; BATISTA FILHO, M.; SOUZA, A. I. Assistência Pré-natal: três abordagens introdutórias ao tema. **Revista do IMIP**, Recife, v.14, n.1, p.83-89, jan./jun., 2000.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, p.131-9, 2001.

SOUZA, M. F.; FERNANDES, A. S.; ARAÚJO, C. L.; FERNANDES, M. C. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.21, p.7-14, dez, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, A.C.A. **Maternidade dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.

TANAKA, O. Y. et al. **Projeto de avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN): relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde: UNESCO, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_phpnp1.pdf>. Acesso em: 3 dezembro 2010.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e Vigilância da Saúde no SUS: Desafios e Perspectivas. In: Teixeira, C. F. (Org.) **Promoção e Vigilância da Saúde**. Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, Bahia, 2002.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006.

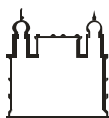
TRAVASSOS, C. Eqüidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 325-330, 1997.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 2, p.190-198, 2004.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.11, p. 365-73, 2002.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 133-149, 2000.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.3, p.17-25, 1991.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Apêndice A – Roteiro da Entrevista

Roteiro para Guiar as Entrevistas *in loco*:

Data e lugar da entrevista:	Hora de início/ de finalização:
Duração:	
Instituição/ Unidade:	
Função do Entrevistado: () Gestor () Gerente/Coordenador/Responsável Técnico	
Formação:	
Tempo no cargo:	

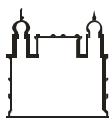
Perguntas:

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER DO DS VI

- Como está organizada atualmente a Rede de Atenção à Saúde da Mulher no DS VI em Recife? Como está organizada a oferta de serviços de saúde, em seus vários componentes (ambulatorial, hospitalar, de apoio, etc.)?
- Como estão organizados os serviços de atenção básica (AB) e de atenção especializada para a referência à saúde da mulher, especificamente ao cuidado pré-natal?
- Que dificuldades são encontradas na Rede de Atenção à Saúde da Mulher no DS VI relativas ao funcionamento, organização e gestão dos serviços, no sentido de garantir a integralidade da atenção à saúde da mulher, no tocante ao cuidado pré-natal?

MECANISMOS DE INTEGRAÇÃO PRESENTES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER DO DS VI

- O que você entende por uma Rede Integrada de Serviços?
- Que fatores de integração são levados em consideração para conformação de uma Rede Integrada de Serviços de Saúde?
- Você identifica algum mecanismo de gestão de rede e de gestão do cuidado presentes na rede com o objetivo de favorecer a integração das ações e serviços?
- Que componentes para integração da rede você identifica como importantes para a organização de uma Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no DS VI em Recife?
- As equipes da atenção primária estão qualificadas para desempenhar o papel de coordenadores do cuidado e ordenadores da rede de atenção, na perspectiva de uma atenção integral?
- Que elementos estão dificultando a integração dos serviços do ponto de vista da integralidade da atenção à saúde da mulher?



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

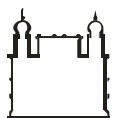
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Apêndice B – Formulário a ser aplicado nas Unidades da Atenção Básica do DS VI

Identificação da Unidade de Saúde:	
Telefone:	Data da Coleta: ___/___/___
() USF () UT/CS/UBS	
Profissional de Saúde	
Formação: () Médico Clínico () Enfermeiro(a) () Ginecologista-Obstetra	

1. Como é realizado o pré-natal e quem realiza?
2. Que exames frequentemente são solicitados na consulta pré-natal?
3. Quais as dificuldades para a realização do pré-natal?
4. As cotas de USG obstétricas são suficientes para a unidade?
 - 4.1 Existem dificuldades em utilizar essas cotas?
 - 4.2 Se sim, aponte algumas:
5. Os exames laboratoriais retornam em tempo hábil? Quais as dificuldades?
6. Há captação precoce da gestante/ busca ativa de faltosas no território para realizar o pré-natal? (apenas para USF)
7. Nesta unidade vocês realizam estratégias de acolhimento para as gestantes?
 - 7.1 Se sim, aponte as possibilidades de estratégias adotadas (escuta, triagem, acompanhante, local adequado, acolhimento por classificação de risco e vulnerabilidade social):
8. Que estratégias para integração/comunicação dos serviços, você identifica na rede?
9. Há linha telefônica, com aparelho em funcionamento na unidade?
10. A unidade possui computador(es)?
11. A unidade tem acesso à internet?
12. Em relação ao PNAR, existe um protocolo clínico e de acesso adotado no serviço para a classificação do risco?
 - 12.1 Qual a conduta da unidade (acompanha e/ou encaminha)?
 - 12.2 Se encaminha, para qual serviço de referência, existe um fluxo pactuado?
 - 12.3 A equipe da AB tem contato com a equipe de referência?
 - 12.4 Existe alguma ficha própria de encaminhamento de pacientes?
 - 12.5 Se não, como se dá o encaminhamento?
 - 12.6 Existe regulação da demanda em casos de PNAR (por priorização dos atendimentos por risco)?
 - 12.7 Se sim, como é feita essa regulação? Há marcação pela Central de Regulação ou outro tipo de regulação da demanda?
13. Em relação ao Parto, existe contato da unidade com a maternidade?
 - 13.1 Quando a gestante é encaminhada para a maternidade de referência, há garantia de atendimento?
 - 13.2 Se não, existe alguma dificuldade?
14. Em relação ao Puerpério, quais as dificuldades para realizar a consulta puerperal das gestantes atendidas na unidade? Quem realiza?



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Apêndice C – Formulário a ser aplicado na Policlínica e Maternidade do DS VI

Identificação da Unidade de Saúde: Telefone: Data da Coleta: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Policlínica <input type="checkbox"/> Maternidade
Profissional de Saúde Formação: <input type="checkbox"/> Médico(a) <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> Ginecologista

1. Qual a média semanal de gestantes atendidas do DS VI neste serviço? _____
2. Nesta unidade é realizado pré-natal de baixo risco ou risco habitual?
 - 2.1 Se sim, para que áreas (locais) do DS VI?
 - 2.2 Se sim, como é realizado o pré-natal e quem realiza?
 - 2.3 Que exames frequentemente são solicitados na consulta pré-natal?
 - 2.4 Quais as dificuldades para a realização do pré-natal?
3. Nesta unidade vocês realizam estratégias de acolhimento para as gestantes?
 - 3.1 Se sim, aponte as possibilidades de estratégias adotadas (escuta, triagem, acompanhante, local adequado, acolhimento por classificação de risco e vulnerabilidade social):
4. **Em relação ao PNA:**
 - 4.1 Toda gestante encaminhada pela Atenção Básica para esta unidade é de alto risco?
 - 4.2 Que casos são encaminhados para este serviço?
 - 4.2 Existe um protocolo clínico adotado no serviço para a classificação do risco?
 - 4.3 As cotas de USG obstétricas são suficientes para a unidade?
 - 4.4 Existem dificuldades em utilizar essas cotas?
 - 4.5 Se sim, aponte algumas:
 - 4.6 Os exames laboratoriais retornam em tempo hábil? Quais as dificuldades?
5. Existe um fluxo pactuado entre as unidades encaminhadoras e esta unidade?
 - 5.1 Existe algum contato entre os profissionais desta unidade e as unidades que encaminham as gestantes?
6. Que estratégias para integração/comunicação entre os serviços, você identifica na rede?
7. Há linha telefônica, com aparelho em funcionamento na unidade?
 - 7.1 A unidade possui computador(es)?
 - 7.2 A unidade tem acesso à internet?
8. Na sua opinião, o que pode ser melhorado para aumentar a resolutividade da atenção básica?

A SER APLICADO APENAS NA MATERNIDADE:

9. Em relação ao Parto, quando a gestante é encaminhada para a maternidade, há garantia de atendimento?
 - 9.2 Se não, existe alguma dificuldade?
10. Em relação ao Puerpério, quem realiza a consulta puerperal?
 - 10.1 Há garantia de retorno da usuária para a unidade encaminhadora?
 - 10.2 Se sim, a unidade encaminhadora recebe as informações sobre o atendimento durante o parto?



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Gestor

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**Desafios a integração do SUS: Uma Análise da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Recife**”, sua participação não é obrigatória. Será realizada uma entrevista gravada, guiada por um roteiro de temas a ser explorado durante a mesma. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A pesquisa é um estudo de caso com abordagem qualitativa/quantitativa, utilizando-se a análise documental e a aplicação de entrevistas semi-estruturadas e formulários nas unidades de saúde, tendo como objetivo analisar os fatores de integração de rede que caracterizam a organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher, tendo como foco a assistência pré-natal.

Sua participação beneficiará a coleta de dados para análise do objeto de estudo, contribuindo para a melhoria da prestação de serviços na Rede Atenção da Saúde da Mulher, uma vez que os resultados deste estudo servirão para auxiliar no planejamento de novas ações e para o desenvolvimento de mais um aporte teórico para a consolidação do Sistema Unico de Saúde.

Há o risco de constrangimento diante de algum questionamento realizado a você, porém este risco poderá ser minimizado mediante a garantia de sigilo das informações sobre sua participação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, deste modo, os seus dados serão preservados em sigilo absoluto quando da publicação dos resultados da pesquisa.

O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, onde uma cópia será entregue a você e a outra ficará de posse do pesquisador.

Declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, ____/____/____

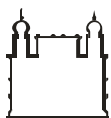
Nome e Assinatura

Paloma Corrêa Alves

Pesquisadores:

Paloma Corrêa Alves – (81) 99710240

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel – Orientador – (81) 21012675



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissional de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**Desafios a integração do SUS: Uma Análise da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Recife**”, sua participação não é obrigatória. Será aplicado um formulário semi-estruturado com perguntas abertas. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A pesquisa é um estudo de caso com abordagem qualitativa/quantitativa, utilizando-se a análise documental e a aplicação de entrevistas semi-estruturadas e formulários nas unidades de saúde, tendo como objetivo analisar os fatores de integração de rede que caracterizam a organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher, tendo como foco a assistência pré-natal.

Sua participação beneficiará a coleta de dados para análise do objeto de estudo, contribuindo para a melhoria da prestação de serviços na Rede Atenção da Saúde da Mulher, uma vez que os resultados deste estudo servirão para auxiliar no planejamento de novas ações e para o desenvolvimento de mais um aporte teórico para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Há o risco de constrangimento diante de algum questionamento realizado a você, porém este risco poderá ser minimizado mediante a garantia de sigilo das informações sobre sua participação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, deste modo, os seus dados serão preservados em sigilo absoluto quando da publicação dos resultados da pesquisa.

O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, onde uma cópia será entregue a você e a outra ficará de posse do pesquisador.

Declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, ____/____/____

Nome e Assinatura

Paloma Corrêa Alves

Pesquisadores:

Paloma Corrêa Alves – (81) 99710240

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel – Orientador – (81) 21012675

Anexo A – Carta de Aprovação no CEP- CPqAM

